FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire
1925-1926

THÈSE

N° 10

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 20 Février 1926, à 5 heures

PAR

PHILIPPE (Albert-Pierre)

Né le 2 Novembre 1901, à SAINT-LO (Manche)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE ANNEXIELLE

Travail de la Ciinique Gynécologique de l'Hôpital Broca

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

---

Président de la thèse : M. VANVERTS

Suffragants MM. LE FORT, DELANNOY

1926
IMPRIMERIE DURANT & BERKERS
204, Rue Solférino
LILLE

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire
1925-1926

THÈSE

N° 10

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 20 Février 1925, à 5 heures

PAR

PHILIPPE (Albert-Pierre)

Né le 2 Novembre 1901, à SAINT-LO (Manche)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE ANNEXIELLE

Travail de la Clinique Gynécologique de l'Hôpital Broca

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Président de la thèse : M. VANVERTS

Suffragants MM. LE FORT, DELANNOY

1926
IMPRIMERIE DURANT & BERKERS
204, Rue Solférino
LILLE

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. P. CHARMEIL (✻, I. ⁂). — Assesseur : M. GÉRARD E. (✻, I. ⁂).

Clinique médicale	MM. LEMOINE (✻, I. ⁂),	professeur
	COMBEMALE (O. ✻, I. ⁂, M),	id.
	GAUDIER (✻, ⚕, I. ⁂),	id.
Clinique chirurgicale	LAMBRET (O. ✻, I. ⁂),	id.
Clinique des mal. cutanées et syphilit.	CHARMEIL (✻, I. ⁂).	id.
Clinique obstétricale	BUÉ (✻, I. ⁂),	id.
Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif	SURMONT (✻, I. ⁂, ✠),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires	POTEL (✻, ⚕, I. ⁂),	id.
Anatomie pathol. et Pathol. générale.	CURTIS (✻, I. ⁂),	id.
Physiologie	DUBOIS (I. ⁂),	id.
Anatomie	DEBIERRE (✻, I ⁂),	id.
Histologie.	LAGUESSE (✻, I. ⁂),	id.
Chimie minerale et Toxicologie.	VALIÉE (✻, I. ⁂),	id.
Chimie organique	POLONOVSKI (A. ⁂, ⚕)	id.
Physique médicale	DOUMER (✻, I. ⁂),	id.
Matière médicale et Botanique	FOCKEU (✻, I. ⁂, ⚕, ✠),	id.
Pharmacie et Pharmacologie	GÉRARD (Ernest) (✻, I. ⁂),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutiq.	DESOIL (✻, I. ⁂),	id.
Accouchements et Hygiène de la première enfancé	PAUCOT (A. ⁂),	id.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	LE FORT (O. ✻, ⚕, I. ⁂, O. ✠),	id.
Clinique psychiâtrique.	RAVIART (✻, I. ⁂),	id.
Clinique médicale infantile.	CARRIÈRE (✻, I. ⁂),	id.
Thérapeutique	MINET (I. ⁂),	id.
Médecine opératoire.	VANVERTS (✻, I. ⁂),	id.
Hygiène et Bactériologie	PIERRET (I. ⁂)	id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire :

MM. BEDART (O. ✻, I. ⁂, ✠), GÉRARD (Georges) (I. ⁂, ✠), INGELRANS (I. ⁂).

COURS COMPLEMENTAIRES

Clinique ophthalmologique	MM. GÉRARD (G.) (I. ⁂, ✠)	Chargé du Cours.
Clinique des maladies du syst. nerv.	INGELRANS (I. ⁂),	id.
Clinique oto-rhino-laryngologique	DEBEYRE (✻, ⚕, I. ⁂, ✠).	id.
Crénothérapie et Climatothérapie	PIERRET René (I. ⁂),	id.
Médecine légale	LECLERCQ (✻, ⚕, I. ⁂),	id.
Chimie analytique	POLONOWSKI (⚕, A. ⁂),	id.
Physique pharmaceutique	SONNEVILLE (I. ⁂),	id.
Parasitologie.	DUHOT (A. ⁂),	id.
Déontologie	BERTIN (✻, I. ⁂),	

Doyens honoraires : MM. DE LAPERSONNE (C. ✻, I. ⁂), COMBEMALE (O. ✻, I. ⁂, M).

Professeurs honoraires : MM. MONIEZ (O. ✻, I. ⁂), CALMETTE (C. ✻), LESCŒUR (I. ⁂), BAUDRY (✻, I. ⁂, ✠), DUBAR (O. ✻, I. ⁂), VERDUN (✻, I. ⁂).

Agrégés en exercice :

MM. DEBEYRE (✻, ⚕, I. ⁂, ✠), PIERRET (I. ⁂), LECLERCQ (✻, ⚕, I. ⁂), DESOIL (✻, I. ⁂), PELLISSIER (A. ⁂), DUHOT (A. ⁂), GÉRARD M. (⚕, A. ⁂), MORVILLEZ, COMBEMALE, P. DOUMER (⚕), DELANNOY, PAQUET (⚕, A. ⁂), OLIVIER (✻, ⚕, A. ⁂).

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878.)

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

Dont nous n'oublierons jamais la vie de travail et de dévouement.

A MA FEMME

Hommage de profonde tendresse.

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A MES TANTES ET A MES ONCLES

A MES BEAUX-PARENTS

A MA TANTE,
MADEMOISELLE GAUTIER

Qui fut si souvent une mère pour nous.

MIES ET AMICIS

A LA MÉMOIRE

DE MONSIEUR L'ABBÉ A. DU MESNILDOT

Médaille Militaire — Croix de Guerre
Mort au champ d'honneur

Nous conservons un souvenir fidèle et reconnaissant de ce premier maître à qui nous devons tant.

A TOUS MES MAITRES

DE L'INSTITUT LIBRE DE SAINT-LO

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a autorisé à prendre les observations de son service.
Avec nos très respectueux remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOUAY

Chef des Travaux Gynécologiques à l'Hôpital Broca

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et de qui nous devons redire, après beaucoup d'autres, qu'il a été pour nous le guide le plus sûr, le plus dévoué, le plus bienveillant.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VANVERTS

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Lille

Hommage de respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. DELASSUS

Chevalier de l'Ordre de Saint-Grégoire-le-Grand
Professeur de Clinique Chirurgicale

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. VOUTERS

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur de Clinique Médicale

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. DE VAUGIRARD

(in mémoriam)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin-Chef de l'Hôpital St-Antoine (Enfants Malades)

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. BILLET

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur au Val-de-Grâce
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEHERRIPON

Professeur adjoint de Clinique Médicale Infantile

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CAMELOT

Professeur de Clinique Chirurgicale

A MONSIEUR LE PROFESSEUR C. LEPOUTRE

Membre Correspondant de la Société de Chirurgie
Professeur de Clinique des Voies Urinaires

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. VOITURIEZ

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique Obstétricale

INTRODUCTION

Nous avons sur les conseils du Dr Douay, chef des travaux gynécologiques, rassemblé tous les cas de tuberculose annexielle opérés dans le Service du Pr J.-L. Faure, à l'Hôpital Broca. Pour une période de six ans (1920-1925 inclus), nous en avons compté 76 cas. C'est là un chiffre important, même pour un service spécialisé. Aussi nous a-t-il paru qu'une étude comparée de ces observations pourrait apporter quelques données intéressantes.

Ce n'est pas que la tuberculose annexielle ne soit une affection depuis longtemps étudiée. La thèse de Brouardel (1), citée par tous les auteurs comme un des premiers travaux, n'a fait elle-même que mettre au point des données déjà énoncées par de nombreux auteurs. Cependant la place de la tuberculose annexielle dans les traités classiques reste assez modeste et certains points de son étude assez discutés.

Nous avons voulu dans ce travail insister spécialement sur la fréquence de l'affection, apportant sur ce sujet des données s'opposant assez fortement à certaines statistiques même récentes. Cependant, sans prétendre par ailleurs faire une étude absolument complète — ce qui avec des cas observés uniquement dans

(1) Brouardel. — Tuberculisation des organes génitaux de la femme. — Thèse Paris 1865.

un Service de Chirurgie eut été impossible — nous n'avons pas voulu laisser inutilisés les matériaux que nos observations nous fournissaient sur d'autres points.

Nous nous sommes limités pour comparer nos données aux études des auteurs récents.

Celle de Greenberg (1) en particulier, non encore traduite en français, nous a paru par son importance — elle porte sur plus de 200 cas — digne d'une grande attention. Ce travail, bourré de statistiques et d'invraisemblables pourcentages à la manière anglo-américaine, n'en reste pas moins un des plus consciencieux. On y trouvera une très importante bibliographie, portant surtout sur les travaux anglais, américains et allemands — les travaux français récents étant à peu près passés sous silence.

Pour des raisons matérielles nous avons dû nous contenter de publier à la fin de ce travail seulement les plus caractéristiques de nos observations, et les réduire aux faits principaux.

Nous voulons remercier ici d'une façon particulière, M. le Dr Douay, dont l'aide nous a été si précieuse, M. le Pr Champy, chef du laboratoire, à qui nous devons l'examen des coupes et notre ami A. Buisine, interne des hôpitaux de Lille qui a bien voulu se charger de la révision des épreuves de ce travail.

---

(1) Greenberg. — Sur 200 cas de tuberculose annexielle observés au John Hopkins Hôpital. — In Collected papers of Menbers of Department of Gynecology, vol. XXI, fasc. II.

ÉTIOLOGIE

Fréquence

C'est là un chapitre plein d'intérêt et que nous avons voulu développer spécialement parce qu'il nous apparaît clairement que la tuberculose annexielle est une maladie beaucoup plus commune qu'on ne le croit habituellement.

Il nous a semblé utile de rassembler d'abord les documents publiés dans différents pays : On se rendra compte ainsi de la divergence des opinions à ce sujet.

Fréquence absolue à l'autopsie. — Voici les nombres d'annexites tuberculeuses trouvées par des auteurs ayant fait l'autopsie de sujets ayant succombé aux maladies les plus diverses :

Seen (1) 34 sur 3.666 autopsies... 1 %
Askanazy (2) 69 sur 4.430..... 1,5 %
Doëhnoff (3) ..... 2,75 %

Fréquence dans les Services hospitaliers. — Nos 76 cas ont été recueillies dans le Service du Pr J.-L. Faure, à l'Hôpital Broca, en une période de 5 années. 15 cas

(1) In DELORE et CHARLIER. — La tuberculose génitale chez l'homme et la femme. 1920.
(2) La pathologie de la tuberculose des voies génitales de la femme. — In Bull. Soc. Gynécol. et Obst. de la Suisse Romande. Mars 1923.
(3) GREENBERG. — Op. cit.

en moyenne par an : c'est là une fréquence considérable, et il est probable que nous sommes encore au-dessous de la vérité comme nous le verrons plus loin. Certains auteurs ne mentionnent pas la période de temps sur laquelle s'étendent leurs observations, de sorte qu'il est impossible d'avoir une notion de la fréquence de leurs cas observés. C'est le cas de Ferroni qui en a présenté récemment une statistique de 180 cas (1). Les 28 cas de Remilly (2) ont été recueillis sur une période de 20 ans, ce qui ne donne pas une moyenne de deux par année.

Plus intéressante est la statistique du Service de Greenberg qui en a recueilli 223 cas en 30 années — 7,5 par an.

Fréquence par rapport au nombre d'opérations. — Les 28 observations de Remilly sont relevées parmi 23.170 opérations, 1,3 pour 1000. Les 223 cas de Greenberg parmi 24.155 opérations gynécologiques, soit plus de 9 pour 1000.

La proportion est infiniment plus grande à l'Hôpital Broca, 76 cas pour un peu plus de 4.000 opérations, soit 19 pour 1000.

Fréquence par rapport aux autres localisations tuberculeuses. — La tuberculose annexielle est une localisation relativement fréquente parmi toutes les autres :

Devic (3)	3	pour 1000
Merletti	5	—
Berkeley	8	—
Stolper	20	—

(1) XXIe Congrès de Gyn. et Gbst. Trieste, 9-11 oct. 1921.
(2) Sur 32 observations de femmes opérées pour tuberculose génitale. — Th. Paris 1920.
(3) In Th. Martin.

Il ne semble donc pas exagéré de dire que la tuberculose annexielle est une fois sur cent la localisation de la tuberculose chez la femme. Il faut tenir compte cependant que parfois les tuberculoses sont associées : péritonéales, pulmonaires, annexielles.

Fréquence chez les tuberculeuses pulmonaires. — Nous donnerons d'abord les chiffres trouvés aux autopsies. Ils sont beaucoup moindres soit que dans les Services de Gynécologie la tuberculose pulmonaire non évolutrice n'ait pas été décelée, soit que dans les services de tuberculeux pulmonaires les troubles de la localisation annexielle soient mis sur le compte de la localisation pulmonaire.

Voici les nombres des cas de localisation annexielle trouvés chez les femmes décédées de tuberculose pulmonaire.

D'abord ceux des anciens auteurs :

Courty	1 %
Louis	1,5 %
Cornil (1)	2 %

puis ceux, plus récents, et plus considérables :

Berkeley	7,8 %
Merletti (172 sur 1360 autopsies)	12,5 %

jusqu'aux chiffres extrêmes de :

Stolper	20,6 %
Posner	30 %

D'après Kasemer (2), qui pourtant n'a pas rencontré une proportion aussi grande, ces derniers chiffres doivent être exacts, étant donné le soin avec lequel les auteurs ont recherché les lésions génitales ; il est bon

(1) In Journal des Connaissances Médicales. 1888.
(2) Cité par Greenberg.

d'ajouter que beaucoup des lésions signalées ne sont pas des lésions en évolution, mais cicatrisées.

Si au contraire on recherche dans les Services de tuberculeuses pulmonaires cette fréquence des lésions annexielles signalées dans les observations, on en trouve infiniment moins. L'attention du médecin n'est pas attirée de ce côté, les troubles menstuels sont mis sur le compte du mauvais état général, et l'examen gynécologie n'est pas pratiqué. C'est ce qui explique cette rareté relative.

Fréquence de la tuberculose pulmonaire associée à la tuberculose annexielle. — C'est là une question capitale. Si les malades atteintes de salpingo-ovarite tuberculeuse présentaient par ailleurs des lésions graves des poumons, l'utilité d'une opération gynécologique deviendrait tout à fait discutable.

Or il n'en est rien ; dans toutes les observations recueillies par nous, nous ne trouvons aucune lésion grave des poumons, aucun cas d'examen positif des crachats. Dans 2 cas sur 76, on signale des signes de probabilité de tuberculose des sommets, se traduisant à l'auscultation par des signes d'induration et aux rayons X par une diminution de transparence.

Cette absence de lésion pulmonaire légitime l'intervention chirurgicale.

L'annexite tuberculeuse fait partie de la classe des tuberculoses chirurgicales ou localisées. Pour guérir l'individu de la tuberculose, il suffit d'intervenir à temps, avant que la tuberculose n'ait franchi l'étape génitale pour s'étendre aux poumons ou dans un autre organe.

Fréquence par rapport aux autres annexites. — C'est là un des points les plus intéressants. S'il se précise

actuellement, grâce aux dernières statistiques publiées, il n'en a pas moins été longtemps un des plus controversés.

Ceci tient à la difficulté de reconnaître la nature tuberculeuse d'une salpingite d'aspect banal. Seul l'examen de laboratoire attentif permet d'affirmer le diagnostic.

La seule méthode qui donne la certitude et permette de reconnaître la fréquence de cette lésion est l'examen minutieux au laboratoire de toutes les annexes enlevées : suspectes et non suspectes. C'est là un gros travail difficile à réaliser.

Les auteurs relativement anciens ont généralement donné des chiffres très bas : 2 à 3 % du total des annexites. En 1920, Remilly donne encore le chiffre de 3,5 %, mais en faisant toutes réserves.

Les statistiques récentes sont en effet beaucoup plus élevées et nous voyons le Dr Douay (1) fixer récemment cette proportion « sans hésitation à 12 % ».

Voici nos chiffres :

Pour un total de 740 annexites opérées de 1920 à 1925, nous en notons 76 comme bacillaires, soit une proportion globale de 10,2 %.

Voici les chiffres détaillés :

En 1920 : 14 pour 132 annexites opérées.....	10,6 %
En 1921 : 10 pour 140 annexites opérées.....	7 %
En 1922 : 21 pour 165 annexites opérées.....	12,7 %
En 1923 : 12 pour 110 annexites opérées.....	10,9 %
En 1924 : 10 pour 109 annexites opérées.....	9,1 %
En 1925 (Sept.) : 9 pour 83 annexites opérées..	10,8 %

(1) Cours supérieur de Perfectionnement du Dr Douay, chef des travaux gynécologiques à l'Hôpital Broca. 2e fascicule, p. 78. — Chabrine, édit., 2, place de l'Eglise, Rueil.

On remarquera notre forte proportion de 1922, 12,7 %. A cela nous n'avons trouvé comme raisons valables que l'intérêt spécial que porta à la question, cette année-là, le Dr Douay, qui envoya au laboratoire toutes les pièces suspectes et la complaisance de M. le Pr Champy qui voulut bien les analyser. Il est probable qu'un certain nombre n'ont pas été notées comme salpingite tuberculeuse par défaut d'examen histologique. Cette considération autorise la proportion donnée par le Docteur Douay.

La statistique de Greenberg, 223 sur 2.959 annexites opérées, donne 7,5 % et il conclut « qu'au moins une annexite enlevée sur 13 était tuberculeuse ».

Le normand et Moulonguet (1), 10 sur 257, soit 6 %.

Voici quelques autres chiffres d'auteurs étrangers :

Hardong (2), 109 sur 1001 annexites opérées : 10,9 %

Lalhart, 11, 5 %

Meuge, 10 %

Hegar, 10 %

Il est évidemment une autre catégorie encore beaucoup plus intéressante de statistiques. Ce sont celles des auteurs ayant fait analyser toutes les annexes enlevées. Malheureusement, comme nous l'avons laissé prévoir, ils sont peu nombreux ceux qui ont osé demander tel travail à leurs collaborateurs chargés des examens anatomo-pathologiques.

Voici quelques chiffres :

Peurose et Beyea, 9 cas sur 65..... 13,8 %

Kaarsberg (de Copenhague), 28 sur 189... 9,6 %

Lenormand et Moulonguet (1), qui de février 1919 à novembre 1920, ont fait analyser « sinon toutes, du

(1)

(2) Bull. of. John Hopk. Hôpital.

moins toutes les soupçonnables, en ont trouvé 8 sur 75, 10,5 %.

Comme on le voit par tous ces chiffres, l'unanimité commence enfin à se faire autour de 10 à 15 % dit très justement le Dr Douay ; on a vu combien notre propre statistique, 10,2 %, confirmait ces chiffres.

Fréquence par rapport aux autres tuberculoses génitales de la femme. — Tous les auteurs s'accordent à signaler la rareté de la tuberculose des parties de l'appareil génital féminin autres que les annexes, et la phrase de J.-L. Faure (2) reste toujours vraie. La tuberculose génitale de la femme se réduit à la tuberculose des annexes. Il faut cependant dès maintenant faire une réserve à cette opinion, car de nombreux auteurs commencent à signaler la fréquence de la tuberculose interne, mais associée à celle des annexes.

Comme tuberculoses génitales isolées, du moins cliniquement, nous n'avons relevé que trois cas de tuberculose du col, un cas d'hémato-pyométrie où le curettage ramena des débris à cellules géantes et un cas de tuberculose de la région périnéale.

Remilly qui s'est occupé de toute la tuberculose génitale ne rapporte sur 32 observations que deux cas de tuberculose du col.

Greenberg n'a trouvé que 7 tuberculoses du col sur 200 cas de tuberculose annexielle, 3,5 % ; un seul cas de tuberculose du vagin, 0,5 %.

Parmi les autres statistiques de tuberculose génitale, Labhart donne également 95 % de localisation annexielle.

---

(1) Op. cit.
(2) Congrès de Rome 1902.

Krœmer (1), sur 258 cas de tuberculose génitale, 11 du col, 4,2 % et 16 du vagin, 5,8 %.

Bertolini (2), sur 55 cas, 4 du col, 7,2 % et seulement un de la vulve, 0,5 %.

Mais il est une notion assez nouvelle. C'est que la question se pose autrement si l'on considère les tuberculoses génitales associées.

Nous verrons en étudiant l'anatomie pathologique, combien elles sont fréquentes.

Fréquence par rapport à la tuberculose péritonéale. — Laissant de côté pour le moment les lésions péritonéales dans la salpingite tuberculeuse, nous voulons évidemment parler des cas où la tuberculose péritonéale étant le seul phénomène qui a attirait l'attention, les annexes furent trouvées tuberculeuses, au cours de l'opération pratiquée pour ascite. Certains auteurs trouvent que ces cas sont très fréquents.

Pour Osler (in Greenberg) dans le cas de péritonite tuberculeuse les trompes sont atteintes dans 30 à 40 % des cas. Meuge va même jusqu'à 60 à 70 %, alors que Remilly rapporte que compulsant 14 observations de péritonite tuberculeuse ascitique, dans un seul cas l'atteinte des trompes est notée ; il est probable que dans les autres cas l'état des annexes n'a pas été cherché au cours de l'opération.

S'il est un point sur lequel les auteurs s'entendent, c'est celui de l'âge. Le maximum de fréquence est entre 20 et 30 ans (Rives, Chaufton, Labhart, etc.). Sur ce point notre statistique confirme cette opinion.

---

(1) In MAUCLAIRE. — Tuberculose génitale de la femme. Revue internationale de la Tuberculose. Paris 1912.

(2) Recherches anatomo-pathologiques sur la tuberculose génitale de la femme. — In Zentralblatt für Gynekologie, 24 déc. 1921, p. 1830-1836.

Nous n'avons pu relever l'âge de nos malades que dans 70 cas.

5 avaient moins de 20 ans : 7 %.

32 avaient de 20 ans inclus à 25 ans inclus : 45 %.

17 avaient de 26 ans inclus à 30 ans inclus : 24 %.

13 avaient de 31 ans inclus à 40 ans inclus : 18 %.

5 seulement dépassaient 40 ans.

Notre plus jeune opérée avait 17 ans, la plus âgée 44.

Ces chiffres, nous le rappelons, coïncident presque parfaitement avec ceux des autres auteurs que nous jugeons inutile de répéter. Vingt des cas de Remilly par exemple sont compris entre 20 et 30 ans : 68 % ; pour nous : 69 %.

Il est un point sur lequel nous n'apportons pas de données personnelles mais sur lequel les auteurs insistent de plus en plus et que nous croyons utile de signaler ; c'est la question de la tuberculose annexielle infantile.

E. Pestalozza (1) dans un rapport récent insiste sur sa fréquence. Kelly, d'ailleurs, dans u nrapport datant de 1901 en rapportait 19 cas au-dessous de 15 ans. Murphy pense que si la tuberculose des tous jeunes enfants reste rare, celle d'avant la puberté est aussi commune qu'après, mais reste méconnue. De nombreuses observations relatent des accidents précoces dus à des annexites qui se révèlent tuberculeuses antérieurement.

Askanazy (2) rappelait tout dernièrement qu'il avait eu l'occasion d'en voir un cas à l'autopsie d'un bébé de 2 ans $\frac{1}{2}$; il en a lui-même opéré plusieurs cas chez des fillettes de 8 à 10 ans.

---

(1) Rapport au XXIe Congrès de Gynécologie. Trieste, 9-11 octobre 1921.

(2) Op. cit.

Rappelons pour mémoire qu'on a trouvé de la salpingite tuberculeuse à l'autopsie d'un bébé de dix semaines (3) et d'une vieille femme de 83 ans (Krzywicki) (4).

Greenberg à propos du maximum de fréquence entre 20 et 30 ans rappelle que Léo Brady dans un service parallèle du même J. Hopk. Hôpital, a précisément trouvé le même maximum de fréquence pour la tuberculose rénale.

ANTECEDENTS PERSONNELS :

a) *Antécédents tuberculeux.* — La tuberculose annexielle ne diffère guère de toutes les autres tuberculoses dites chirurgicales. On a pu dire avec raison que ces dernières sont souvent des tuberculoses qui se manifestent chez des sujets relativement résistants, la localisation pulmonaire évolutive étant celle des sujets affaiblis.

Les antécédents ont été relativement rares chez nos malades. Nous n'avons relevé des antécédents pulmonaires que dans 4 cas ; pour deux seulement le B. K. fut trouvé dans les crachats, pour un autre la radio a montré de la sclérose et de l'emphysème bronchique avec ombres hilaires nettes, la quatrième avait une bronchite chronique suspecte au point de vue clinique.

Par ailleurs, fait plus intéressant, deux de nos malades avaient été opérées antérieurement de péritonite ascitique ; l'une (Obs. II) huit ans auparavant ; l'autre, âgée de 29 ans (Obs. XV), six ans auparavant. Ces deux malades après l'opération avaient fait de l'héliothérapie ; la laparotomie et le soleil n'ont donc pas empêché

(3) IIn Brouardel. — Tuberculisation des organes génitaux de la femme. — Th. Paris 1865.
(4) In Greenberg. — Op. cit.

la salpingite tuberculeuse de se produire — ou d'évoluer — selon la théorie qu'on voudra adopter.

Une autre de nos malades — et une seule — avait été opérée par Moulonguet pour tuberculose annexielle unilatérale (Obs. XX).

Enfin deux avaient une tuberculose rénale unilatérale ; l'une (Obs. IV) en ayant été opérée antérieurement ; pour l'autre (obs XXXV), une tuberculose rénale très avancée fut trouvée à l'autopsie après qu'elle fut décédée dans les jours qui suivirent son opération pour tuberculose annexielle.

Notons encore, une malade, âgée de 25 ans, coxalque depuis l'âge de 6 ans.

En somme, sur 76 cas, nous relevons seulement 10 cas d'antécédents tuberculeux nets, soit seulement 13 0/0

Gremberg relève 41 malades ayant de la tuberculose pulmonaire, soit 20 0/0 et 4 ayant une tuberculose urinaire, 2 0/0.

Ces pourcentages faibles relativement, sont à noter. Ils prouvent le caractère chirurgical de la plupart des cas de tuberculose annexielle et légitiment l'opération.

Antécédents puerpéraux. — Quinze de nos malades avaient été enceintes, 21 0/0.

Gremberg en note 35 0/0, d'autres auteurs 40 %. (Labhardt) à 50 % (Martin).

On le voit, notre statistique, d'accord avec celle de ces auteurs, note une proportion importante de grossesses parmi les tuberculoses annexielles.

Les chiffres sont à retenir. Ils s'opposent aux croyances anciennes, qui voulaient faire de la stérilité un

signe important de tuberculose annexielle. Nous verrons que dans 6 cas, les rapports entre les antécédents puerpéraux et le début des accidents de la tuberculose annexielle ont été très nets. Disons dès maintenant que ces faits confirment pleinement ceux énoncés tout récemment par A. Fruhinsholz et P. Feuillade, dans une étude très complète de la question (1).

Autres antécédents. — Nous étudierons les troubles des règles au chapitre Clinique. Notons que quatre de nos malades avaient été opérés antérieurement d'appendicite, et que pour deux d'entre elles, il fut trouvé, par la suite, une annexite tuberculeuse très prédominante à droite. Nous versons ces données au chapitre des rapports de l'appendicite et de la tuberculose annexielle déjà entrevus par Rives (1), étudiées récemment par Ricard et Comte (2).

Nous n'avons pu relever qu'un cas où le gonocoque fut trouvé dans les sécrétions ; pour deux autres seulement des antécédents blennorrhagiques nets (urétrite après mariage) existaient.

Enfin, deux de nos malades avaient des antécédents syphilitiques indubitables (Obs XVIII et XXIX). Coïncidence à relever, ces deux malades moururent à la suite de leur opération.

---

(1) A. Fruhinsholz et P. Feuillade. — Tuberculose utéro-annexielle et puerpéralité. — In Gynécologie et Obstétrique 1925.

(1) Rives. — Tuberculose des annexes de l'utérus. — Th. Montpellier 1919.

(2) Ricard et Comte. — Formes péritonéales aiguës de la tuberculose annexielle. — Gyn. et Obst. 1925, t. XII, n° 1.

PATHOGÉNIE

Le Professeur J.-L. Faure a donné, au Congrès de Rome (1902), son opinion sur l'origine ascendante par voie lympathique, dans la plupart des cas, de la tuberculose annexielle.

Depuis, les théories se sont accumulées et sont, tour à tour, à l'honneur : infection par voie sanguine, par voie péritonéale, etc.

Des expériences ont été faites pour prouver la possibilité de ces modes de contagion. On peut leur reprocher de réaliser des conditions qui ne se voient guère dans les processus naturels.

Selon les formes plus ou moins diverses que chaque auteur observe, une opinion lui paraît manifestement être la vraie.

Pour nous, sans prendre parti, nous dirons qu'il ne nous semble qu'aucune raison valable ait été opposée à la théorie ascendante, tout au contraire. Le Professeur J.-L. Faure signalait une phase de métrite précédant les troubles annexiels. Or, nous verrons que Greennberg, dans son importante statistique de 200 cas ayant eu la possibilité de faire analyser les muqueuses utérines, y a trouvé des lésions tuberculeuses dans

72,6 %, et de la lencorrhée préexistante aux troubles annexiels dans 75 % des cas. Nous versons ces données aux débats toujours ouverts.

Signalons l'opinion que le Docteur Champy a bien voulu nous exposer. La contamination serait au début péritonéale. Les bacilles tuberculeux entraînés avec le liquide d'ascite pénétreraient dans les trompes par l'ostium abdominal et se fixeraient dans la muqueuse tubaire. Après une période plus ou moins durable de latence, la tuberculose se développerait *in situ*, créant ainsi la salpingite tuberculeuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'avons pas l'intention de donner ici une description macroscopique et microcospique complète des lésions que la tuberculose produit au niveau des annexes.

Ces lésions ont été, pour la plupart, décrites depuis longtemps ; depuis ce temps, le bacille n'a pas changé sa virulence, ni l'organisme sa façon de réagir. Nous insisterons sur quelques points spéciaux au chapitre du Diagnostic. Aussi l'on trouvera surtout ici, une statistique des lésions des divers organes.

On a cherché à grouper l'ensemble des lésions observées dans chaque cas en des formes anatomo-pathologiques distinctes. Le nombre des auteurs qui s'y sont essayés prouve la difficulté de la tâche ; tâche pour nous impossible tellement, dans un ensemble de lésions les stades de l'infection tuberculeuse peuvent être distincts. Nous constatons, par exemple (Obs I), une tuberculose miliaire du péritoine, un abcès froid de l'ovaire, une tuberculose caséeuse de la trompe.

Lésions des Trompes. — Nous les avons trouvées atteintes dans 74 sur 76 (97 %).

Les lésions apparaissent unilatérales dans 5 cas. 93 % de lésions latérales.

Greenberg donne comme bilatérales 175 sur 200

(87 %) ; Remilly (en faisant toutes réserves)), 21 sur 28, (75 %) ; Olivier, 93 (8 %) ; Polosson, 84 0/0 ; Kelly, 95 (2 %) ; Neu, 95 %. On voit combien ces derniers chiffres des auteurs américains ayant eu la possibilité de faire analyser toutes les salpingites, se rapprochent des nôtres.

Parmi les lésions bilatérales, nous avons trouvé 25 salpingites ulcéro-caséeuses, dont 23 bilatérales ; 1 cas coexistant avec un abcès froid de l'ovaire gauche ; 1 cas avec une salpingite nodulaire à gauche.

Dans 10 cas, les trompes rouges, bypertrophiées, dures, ne renfermaient ni caséum, ni pus (lésions décrites sous le nom de forme muqueuse hypertrophiante, par les anat. path.).

Dans 14 cas, nous avons trouvés des poches salpingiennes bilatérales, avec adhérences dans tous les cas. Nous souscrivons entièrement à l'opinion d'Eloy (1) qui note combien est faible la distinction entre l'abcès froid classique et le pyosalpinx, dans un seul cas sur les 14, nous avons trouvé noté dans coté (à gauche) un hydrosalpinx avec contenu clair.

Enfin dans 8 cas, nous avons trouvé des lésions de Salpingite nodulaire, prédominante dans presque tous les cas (7), dans la portion isthmique. Le Dr Douay avait noté « la trompe dans la portion isthmique est indurée, avec un ou deux renflements et donne au toucher absolument la sensation moniliforme, en grains de chapelet d'un canal déférent bacillaire.

Notons, pour souligner la différence d'évolution des lésions, qu'un de ces cas de Salpingite nodulaire coex-

(1) A. Eloy. — Contribution à l'étude des abcès froids tubaires. — Th. Lille 1919.

istait avec des pelvi-péritonites tuberculeuses suppurées.

Parmi les lésions unilatérales de la trompe, nous avons eu deux cas d'hydrosalpinx tuberculeux. C'est là une lésion rare, du moins au stade où les malades se décident à l'opération. Les trompes grosses comme le poing étaient remplie d'un liquide fluide utérin. Pas d'adhérences. La poroi interne de la trompe était légèrement tomenteuse.

Contrairement à l'opinion d'Abadie (1) beaucoup d'auteurs ont signalés des abcès froids bilatéraux. Les deux autres cas ressortissaient à la forme ulcéro-caseuse. Signalons l'un (obs. IX) coexistant avec un gros Fibrome tribolé.

Lésions des ovaires. — Dans 10 de nos observations (13 %) la tuberculose de l'ovaire est signalée associée à celle des trompes, sans d'ailleurs que tous les ovaires aient été l'objet d'un examen systématique.

Dans deux cas, il s'agissait d'un abcès froid de l'ovaire coexistant avec un abcès froid salpingien de l'autre côté ; Dans 5 cas d'une forme caséeuse associée également à des formes caséeuse de la trompe. Enfin dans les trois autres cas d'une ovarite tubercueleuse avec granulations péritonéales, associée pour deux cas à des abcès froids tubaires, pour un à une forme caséeuse salpingienne.

Greenberg qui a analysé tous les ovaires en a trouvé 59 d'atteints pour 200 cas de tuberculose annexielle 33 %. Reuilly 6 sur 28, 21 %. Lenormand et Moulouget (op. cit). 5 sur 15, 33 %, dont 3 associés à des salpin-

(1) Abadie. — Contribution à l'étude de la tuberculose génitale chez la femme (Rapport de Picqué). — Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris 1913.

gîtes tuberculeuses, 2 a des abcès froids salpingiens , parmi ces 5 cas, il y avait un à forme granul que, les quatre autres à formes d'abcès ou infiltrats caséeux.

Enfin Krœmer (1) a trouvé 42 cas de tuberculose ovarienne sur 258 cas de tuberculose génitale 16 % et Bertolini (2) sensiblement la même proportion 7 sur 55, 13 %.

La tuberculose isolée de l'ovaire est chose rare. Nous n'en avons relevé que deux observations sur 76 de tuberculoses annexielles : une, signalée comme abcès froid de l'ovaire, et l'autre, forme caséeuse, découverte par hasard à la coupe d'un ovaire enlevé et reconnu comme tuberculeux.

Reuilly en signale 1 cas sur 28.

Raudon (3) dans les observations du service du professeur Cunco en a trouvé une plus forte proportion, 2 cas sur 22, tuberculose annexielle 9 %.

Si l'on additionne no deux cas de tuberculoses isolées aux dix associés à la tuberculose salpingienne, nous arrivons à un total de 12 sur 76 (15 %), chiffre qui on le voit coïncide, vu le peu de fréquence des auproportion de la tuberculose de l'evaire parmi toutes tres tuberculoses génitales, avec ceux données par la les tuberculoses génitales.

Lésions de l'utérus. — Rappelons que nous avons trouvé la muqueuse utérine atteinte dans 6 cas (7,5 %) dans deux ou trois cas l'utérus était signalé comme gros mais sa muqueuse ne fut pas examinée. Greenberg l'ayant trouvée atteinte dans 72,6 % de ces 200 cas.

---

(1) In Mauclaire. — Tuberculose génitale de la femme. — Rev. int. de la Tub. Paris 1912.

(2) Discussion du rapport de E. Pestalozza. Trieste 1921.

(3) Op. cit.

Ce même auteur a trouvé 34 cas (17 %) de myométrite tuberculeuse — pourcentage très élevé — alors que les autres auteurs passent les lésions du myomètre sous silence.

La tuberculose associée du col utérin est rare ; dans deux de nos observations cependant, il est signalé des granulations du col, associées à de la leucorrhée, à caractères tuberculeux, mais l'examen histologique ne fut pas fait. Greenberg en a trouvé 7 cas, 3,5 %.

Les déviations de l'utérus sont notées fréquemment dans nos observations. La rétroversion le plus souvent (15 cas); l'antéversion une fois seulement, deux fois il est simplement signalé comme fortement fixé.

Hypoplasie. — Nous l'avons trouvée formellement signalée 5 fois, 8 %. Cette proportion relativement forte n'autorise pas cependant les conclusions de certains auteurs (Labhart) qui veulent en faire un symptôme de premier plan des tuberculoses annexielles.

Lésions du Vagin. — Dans un seul cas, nous notons : végétations vaginales, non soumises à l'examen anatomopathologique.

Greenberg, également, n'a trouvé qu'un seul cas de tuberculose vaginale associée.

Lésions du Péritoine. — Nous les avons trouvés notées dans un grand nombre de cas, 43, soit 56 %. Greenberg, dans 126 cas, 63 %, proportion, on le voit, près de la nôtre. Askanazy (1) donne également une proportion de 60 %.

Ces chiffres sont à retenir. De la fréquence des lésions péritonéales en effet, la plupart des auteurs ont tiré des

(1) Op. cit.

conclusions et pour l'étiologie, la pathogénie, la classification et le traitement de la tuberculose annexielle.

Quelle était la nature de ces lésions ? C'étaient, outre des adhérences existant dans presque tous les cas, des granulations miliaires, de l'ascite, des kystes séreux, des lésions de pelvipéritonite suppurée. Répetons encore une fois que souvent ces lésions furent associées.

Les adhérences péritonéales étaient la règle ; même dans nos cas d'abcès froids ou pyosalpinx, nous les trouvons signalées presque toujours, contrairement à l'opinion d'Abadie. Il faut reconnaître cependant que dans ces cas elles furent bien moins prononcées. Dans trois cas ,nous en trouvons de la paroi aux annexes : dans 5 cas, c'est l'épiploon qui adhère à la paroi et, de l'autre côté, à l'intestin et aux annexes ; enfin, les adhérences les plus fréquemment signalées sont celles à la vessie, au rectum, à l'anse segmoïde, aux anses grêles. Dans deux cas, l'appendice était enfoui dans la masse annexielle. Enfin, 8 fois, il est signalé que rectum, annexes, utérus ne forment plus qu'un véritable bloc. Ces Cas peuvent bien être désignés, évidemment, comme pelvi-péritonite, mais, nous avons en plus à signaler, deux observations de péritonite suppurée. Dans l'une (Obs XXXV), il existait, outre des lésions caséeuses des trompes adhérentes à la vessie, une suppuration intervesico annexielle et la paroi vésicale elle-même était tuberculeuse.

Disons que dans ces 5 cas qu'il fut trouvé une tuberculose rénale avancée, à l'autopsie. Mais, dans un autre cas, il est signalé une suppuration de l'espace intervesico-annexiel, avec pus présentant tous les caractères

du pus tuberculeux ,alors que les trompes étaient bien bacillaires mais ne renfermaient aucune du pus. En feuilletant la littérature, nous avons trouvé un cas à peu près exactement semblable de suppuration bacilliaire intervésico-annexielle (1).

Les granulations bacillaires du péritoine existaient dans l'importante proportion de 20 cas dans nos observations. Dans trois cas, absolument généralisées ; dans six, elles sont signalées comme spécialement abondantes dans la zone génitale ; dans 2, sur l'appendice.

L'Ascite libre existait seulement dans quatre cas, généralement peu abondante ; une fois seulement, elle dépassait un litre. Signalons que les deux malades notés ci-dessus comme ayant été opérés antérieurement pour péritonite ascitique, n'en présentaient pas lors de leur seconde opération pour tuberculose annexielle.

Greenberg en signale 15 cas (sur 200) ; Ahlfelder (1), 4 sur 13 de tuberculose annexielle.

Plus souvent nous avons trouvé de l'ascite cloisonnée : dans 10 cas ; dans deux observations, il est même dit : « nombreux kystes de péritonite séreuse » ; pour les autres, il s'agit ordinairement d'une poche unique située dans le Douglas.

Lésions intestinales. — Nous avons vu en étudiant les lésions péritonéales, l'importance des adhérences intestinales. Dans deux cas, nous trouvons expressément signalée la présence de tubercules sur l'intestin grêle.

Dans deux cas, l'appendice fut reconnu tuberculeux. Greenberg en rapporte 6 cas (3 %). Nous n'avons pas trouvé signalées de fistules intestinales spontanées.

---

(1) De Pace (Brindisi). — Discussion du rapport de Pestalozza (Op. cit.).

(1) In Greenberg. — Op. cit.

Autres lésions associées. — Nous avons trouvé que coexistaient avec desl ésions de tuberculose annexielle : 4 fois des fibromes (5,2 %), 3 fois l'utérus était dit fibromateux ; dans un quatrième cas (Obs. IX), il s'agissait d'un gros fbrome trilobé. Greenberg en rapporte 25 cas, (12,5 %). Quelques auteurs ont étudié les rapports du fibrome et de la tuberculose annexielle. Nous pensons que ce sont de simples rapports de coïncidence, les deux affections étant plus fréquentes chez les nullipares.

Dans cinq cas coexistait u n yste de l'ovaire : suppuré dans un cas ; un autre était un petit kyste hématique. Ces kystes n'ont pas été (sauf le kyste suppuré) soumis à l'examen anatomo-pathologique, mais on sait que Forgue et Chauvin, ayant étudié la question, ont conclu que le kyste de l'ovaire tuberculeux est d'une extrême rareté.

CLINIQUE

De très nombreuses classifications cliniques ont été données de la tuberculose annexielle. Certains auteurs ont multiplié les formes et les variétés. Pour nous, la lecture de nos observations nous a fait admettre plus simplement et plus justement, seulement trois formes cliniques. Ce sont celles que donne, dans son cours (1), le Docteur Douay : forme médicale, forme chirurgicale, forme aiguë.

I. *Formes médicales.*

De la forme médicale, nous dirons naturellement très peu de choses. Disons seulement que le Docteur Douay entend ainsi dénommer les troubles dus à la tuberculose annexielle, évoluant avec un minimum de signes physiques, et seulement quelques symptômes subjectifs analogues à ceux des salpingites chroniques banales. On peut également ranger dans cette forme l'atteinte tuberculeuse annexielle, qu'on rencontre souvent dans l'ascite « essentielle » des jeunes filles, atteinte légère, mais qui existe souvent. Les symptômes de cette forme, bien plutôt étudiés dans les services médicaux, sont très variables.

Les troubles des règles dominent et existent souvent

(1) Op. cit.?

seuls. La fréquence de ces formes médicales ne saurait faire de doute. Elle est affirmée par les proportions importantes, à l'autopsie, que nous avons citées, de tuberculoses annexielles n'ayant pas été diagnostiquées *in vivo*. Tout récemment, Siredey (1) vient d'attirer l'attention sur elles.

II. *Formes chirurgicales*

Les formes chirurgicales sont celles qui, par l'importance de leurs symptômes physiques et des troubles fonctionnels conduisent à l'opération Elles comprennent, au point de vue clinique, toutes les formes anatomo-pathologiques d'abcès froid, pyosalpinx, annexites caséeuses — avec ou sans pelvi-péritonite — qu'aucun signe clinique ne peut différencier, et qui ne sont, en réalité, nous l'avons déjà dit, que les différentes phases d'un même processus.

Nous passerons rapidement ici, nous réservant d'insister sur quelques points spéciaux au chap. diagnostic

Le début même dans ces formes, est parfois insidieux.

Nous avons noté la proportion d'antécédents bacillaires et autres.

Ajoutons que, assez souvent, le Docteur Douay a noté chez ses malades une triade symptomatique : amaigrissements, sueurs nocturnes, hypotension, symptômes d'imprégnation tuberculeuse et faisant partie de la période que certains ont désigné sous le nom de pretuberculeuse. Pour deux de nos cas, l'amaigrissement était considérable : 7 et 10 kilos. Il est vrai qu'il y avait alors d'abondantes métrorragies. Dans cinq autres cas, l'amaigrissement est simplement signalé. Greenberg le note chez la moitié de ses malades .

(1) SIREDEY. — Les formes frustes de la tuberculose génitale chez la femme. — La Médecine, 1923, n° 7, p. 494.

Si un examen et un interrogatoire attentifs permettent de relever un certain nombre de signes prémonitoires, il n'en reste pas moins, et c'est là une notion importante que le début évident de la tuberculose annexielle peut être brusque.

Cette brusquerie du début est relevée dans 15 de nos observations. C'est une véritable crise péritonéale comme douleur — avec constipation absolue — mais le ventre reste assez souple, le facies bon, la fièvre très peu élevée ou absente. Dans deux observations, cette crisei nitiale marqua le début d'une aménorrhée ; dans l'autre, au contraire, la reprise de l'écoulement sanglant, alors qu'une aménorrhée passagère était survenue, apparemment sans cause.

Nos propres données sur ce sujet confirment tous les travaux des auteurs récents (Siredey, Tixier (1), Douay, Feuillade, Leuret (2), Crillon (3), qui signalent ces crises et dans le début et dans l'évolution de la tuberculose annexielle. Avant eux, il est vrai, Rives (4) et Bertrand (5) y avaient insisté, mais Mlle Gorowitz (6) les signale à peine. Dans tous nos cas à début brusque et à évolution par crise, il fut trouvé à l'opération de la pelvipéritonite, lésion à laquelle tous les auteurs et nous-mêmes rattachons ces crises.

Enfin, il nous reste à apporter une contribution à l'étude des rapports du début de la tuberculose annexielle et de la puerpéralité. Nous avons vu, en effet, qu'un chiffre total de quinze de nos malades avaient

---

(1) In Ricard t Comte. Les formes péritonéales de la tuberculose annexielle. Gy et Obst. (tome XII n° 1.

(2) Th. Paris 1003.

(3) in Leudet.

4) Op. cit.

5) Bertrand . Des abcès froid tubaires. Th. Lyon 1908.

(6) Gorowitz (Melle) De la tuberculose génitale de la femme Th Paris 1900.

été enceintes ; or, dans 6 de ces cas, ces rapports sont expressément notés. Dans trois l'accouchement ou la fausse-couche remontait à un mois seulement avant le début des troubles annexiels reconnus comme tuberculeux, et l'une de ces malades, avant d'avoir des douleurs et des troubles des règles avait, à la suite de son accouchement, beaucoup maigri ; la troisième, dont l'accouchement remontait à 18 mois, avait également eu depuis cette période, une succession de troubles non interrompus.

Ces faits confirment ceux de Fruhinsholz et P. Feuillade dans une étude précitée.

Troubles des règles. — Ils sont fréquents à toutes les périodes. Certains auteurs ont voulu faire de l'*aménorrhée* un des signes capitaux de l'annexite tuberculeuse. Sur 24 malades où les troubles des règles étaient spécifiés, nous relevons 10 cas, soit 41 %, où il y a eu des périodes d'aménorrhée, dans quatre, l'aménorrhée était prolongée ; pour l'une (Obs XXIV), âgée de 18 ans, elle existait depuis l'âge de 13 ans ; chez l'autre (Obs XXV), âgée de 38 ans, depuis l'âge de 26 ans ; une troisième avait ses règles absentes depuis son mariage (Obs XIX); la quatrième avait commencé à souffrir alors qu'elle avait vu ses règles s'arrêter, depuis un an ; pour les autres, nous trouvons des arrêts alternant soit avec des meno, soit avec des métrorragies.

Greenberg ne rapporte que 13 cas d'aménorrhée, 6 %. Certains auteurs (Williams) l'ont attribué à la tuberculose pulmonaire ; or, parmi les 13 aménorrhéiques de Greenberg, cinq seulement étaient tuberculeuses pulmonaires. D'autres, à l'hypoplasie utérine : Labhart qui, sur 18 cas d'aménorrhée chez des tuberculeuses annexielles a trouvé six fois un utérin infantile. Pour

notre quatrième cas d'aménorrhée prolongée, l'hypoplasie utérine est signalée deux fois.

Les métrorragies sont fréquentes. Elles sont signalées chez douze de nos malades, 50 %. Il est à signaler que ces métrorragies sont plutôt en réalité des ménorragies prolongées. Elles n'en épuisent pas moins grandement ces malades de constitution un peu frêle. Greenberg les signale dans 83 cas, 41.5 %. La dynmémorrhée existait 18 fois, 75 %. Greenberg la signale dans 124, 62 %.

Signalons un caractère sur lequel Greenberg insiste et que nous avons retrouvé très net dans quatre observations. La douleur contrairement aux dysménorrhées d'autre origine est plus accusée le dernier jour des règles. Eisenstein et Hellos (1) ont cherché à montrer qu'elle provenait des toxines tuberculeuses répandues dans la circulation. Ils ont relaté que sur 53 femmes traitées pour la tuberculose, 40 avaient de la dysménorrhée.

Pour d'autres, elle est due au lésions tuberculeuses des ovaires. Plus intéressant est le recensement des troubles des règles dans les cas spéciaux où la muqueuse utérine a été reconnue atteinte concuremment avec les annexes. Pour nos 6 cas d'endométrites tuberculeuse, nous relevons 1 seul cas d'amménorrhée, les autres présentant des alternatives d'aménorrhée et de métrorragies Greenberg dont la statistique est plus importante relève parmi ces 76 cas de tuberculose de la muqueuse utérine :

Aménorrhée	7	-	8,1 %
Métrorragies	32	-	37,2 %
Oligoménorrhée	26	-	30,2 %

(1) Greenberg.

De plus sur un total des oligo et des aménorrhéïques, 36 % avaient de l'aménorrhée.

Nous n'avons relevé que 6 cas où les pertes blanches étaient signalée comme abondantes.

Douleurs. — Nous les avons trouvés signalés dans la moitié des cas. Nous avons vu le caractère important de « crise » qu'elles prenaient dans une importante proportion des cas, au début et dans le cours de l'affection. Hors ces crises et dans les autres cas, il s'agit de simples pesanteurs non caractéristiques. Signalons cependant que quelques malades (nous en avons signalés trois) n'avait eu aucune douleur de quelque forme que ce soit. Greenberg les a signalées dans 150 cas ; parmi elles 64, 32 % avaient des périodes de douleurs aigües (Sharp Pain).

Fièvre. — Elle est souvent absente, hors les cas aigüs. Dans 22 de nos observations, nous trouvons en toutes lettres « aucune température », pour les autres cas, c'est une température peu élevée, mais oscillante et ce, comme insiste bien le Dr Douay, sans fatigue, sans cause apparente, sans que ce soit la période des règles, 37° le matin, 38° le soir avec des périodes entières à 37°

Souvent les règles n'ont aucune influence sur la température, mais dans 5 observations nous trouvons un signe, que le Dr Douay a mis en évidence. La montée de la température le dernier jour des règles à 38°5 alors que les autres jours elle se maintenait a 37°2, 37°5.

Examen physique. — Le ventre était à peu près toujours souple. Le toucher vaginal a permis de sentir des masses tantôt dures tantôt résistantes, sans rien de caractéristique, en dehors de l'indolence relative des grosses lésions pelviennes. Nous avons vu que dans 18 cas

l'utérus fut signalé fortement fixé, dont 15 fois en rétroversion.

Dans 4 cas nous avons trouvé signalée de l'induration en plaque du cul de sac inférieur.

FORMES AIGUES

III. *Formes aiguës.* — Cette forme particulière a bien été étudiée par le Professeur Faure et a fait l'objet de la thèse d'un de ses élèves (1) à laquelle nous renvoyons.

Fait important les troubles objectifs restent les mêmes ; en particulier le toucher permet de trouver de grosses masses fixées, mais peu douloureuses. Seule la fièvre s'élève et atteint 39°5, 40°.

Nous croyons pouvoir ranger trois de nos cas sous cette forme. L'une de nos malades pour laquelle n'est signalés aucun antécédent, ni puerpéral, ni gonococciques est arrivé fatiguée à l'hôpital, avec des douleurs modérées dans le bas-ventre et de la fièvre qui s'éleva de 37°6 à 37°8, le jour de son arrivée à 38°3 38°9 et deux jours plus tard malgré le repos à 39°5, le ventre souple. On pensa à la tuberculose aiguë des annexes et elle fut opérée le lendemain avec 38°8 le matin.

L'examen anatomo-patologique confirma la tuberculose.

Pour les deux autres le début fut progressif, et on pensa pour les deux à une grippe ou une fièvre typhoïde. Il y avait seulement un profond abattement et une température progressivement montante et oscillante de 37°2 le matin à 39° le soir, le ventre à peu près souple avec cependant des empâtements latéraux. Constipation. Utérus fixé et grosses masses annexielles bambant dans le Douglas, pour l'une un peu de douleur,

(1) A. Dehau. Salp. tub. aigüe. Son diagnostic clinique. Th. Paris 1920.

mais la dernière n'eut jamais quelque douleur, à aucun moment.

Pour les deux la colpotomie fut faite, la température descendit un peu pour rester cependant oscillante 37°5, 38°5, ce qui décida à la seconde opération qui permit de vérifier le caractère bacillaire des troubles annexiels.

DIAGNOSTIC

Diagnostic clinique

Pour diagnostiquer la tuberculose annexielle, se sont plu à répéter tous les auteurs, il faut y songer. Il faut y songer surtout quand on est en présence d'une annexite anormale.

Il est capital de s'attacher à faire ce diagnostic, car le traitement d'une tuberculose annexielle n'est pas le traitement d'une salpingite banale.

L'avenir des malades en dépend.

Sur nos 76 cas, le diagnostic fut fait dans 20 cas, soit dans 26 %, ce qui donne une proportion relativement considérable.

Cette proposition est remarquablement bonne si l'on considère que dans le service de Greenberg il ne fut fait que dans 26 cas, 13 %.

Par contre, dans les diverses observations de salpingite banale nous avons trouvé 8 fois posé, à tort, le diagnostic de salpingite tuberculeuse.

Entre les 20 fois où le diagnostic posé fut exact, voici quels furent les diagnostics pour nos autres cas d'annexite tuberculeuse :

Salpingite banale : 23 fois.

Kyste de l'ovaire : 7 fois (ce dernier juste 5 fois ou un kyste de l'ovaire coexistait avec la tuberc. annex.)

Fibrome : 6 fois (juste 4 fois où un fibrome coexistait).

Pelvipéritonite : 5 fois (coexistait les 5 fois).

Hématocèle : 4 fois.

Appendicite : 2 fois (coexistait les 2 fois).

Greenberg pour ces 200 cas posa le diagnostic exact 26 fois. Les autres diagnostics furent pelvi-péritonite, salpingite banale, grossesse extra-utérine (1 fois seulement).

Pour poser le diagnostic clinique, certains signes sont à retenir particulièrement. En général, ils prennent toute leur valeur, chez des sujets jeunes, et sans antécédents puerpéraux et gonococciques ; mais maintes de nos observations sont là pour témoigner que même avec la présence de ces antécédents, il faut penser à la tuberculose.

La notion d'antécédents bacillaires est évidemment précieuse, et nous à aidé maintes fois dans le diagnostic. Greenberg rapporte que dans la moitié des cas où le diagnostic juste fut posé, il le fut grâce à la notion d'une ascite antérieure ou concomitante.

Ils n'entraînent cependant pas la certitude, l'observation suivante le prouverait, et chez une jeune malade le diagnostic de Salpingite tuberculeuse fut posé à tort, alors qu'il existait une fistule vaginale d'abcès froid pelvien.

Les troubles des règles ne sont guère caractéristiques sauf cependant l'aménorrhée prolongée, lorsqu'elle existe. Il faut attacher une certaine valeur aux métrorragies prolongées suivies de période d'aménorrhée chez des femmes jeunes sans antécédents. La dysménorrhée de la fin des règles est à retenir.

Les antécédents puerpéraux éloignés ou prochains ne plaident évidemment pas pour la nature tuberculeuse d'une affection annexielle et aucun des auteurs récents, si portés soient-ils à leur trouver une influence favorisante sur l'évolution de l'affection, n'oserait le soutenir. Ce que nous retenons de notre statistique, c'est que quelque soit leur date, on ne saurait les invoquer contre la nature tuberculeuse d'une affection annexielle.

Pour le toucher vaginal nous gardons, contrairement à certains auteurs (Reuilly) un caractère de premier plan à l'indolence des lésions, que nous avons trouvée dans la plupart des cas. Il est bien entendu d'ailleurs que cet indolence n'est souvent que relative, faible par rapport à l'étendue des masses souvent considérables des culs-de-sac, qui, à ce degré de grosseur, venant d'un autre processus, sont pour la plupart du temps, beaucoup plus douloureuses.

Nous ne retiendrons guère l'unilatéralité des lésions ; pas plus que leur dureté. Ce signe classique a fait dévier le diagnostic dans au moins quatre de nos observations.

Plus que la dureté des lésions il a lieu de retenir la forte fixation de l'utérus, et surtout sa rétroversion, irréductible que nous avons signalée souvent. Alors qu'il s'agit de sujets jeunes à lésions relativement récentes, cette fixeté irréductible doit attirer l'attention. Nous voyons là le signe physique le plus important qui

puisse faire pencher la balance en faveur de la tuberculose.

Certains *Signes fonctionnels* sont également à retenir par leur fréquence que nous avons vu grande. C'est le peu d'importance de la fièvre et des douleurs spontanées malgré l'étendue physique des lésions ; l'évolution capricieuse de la température (Docteur Douay). Retenons également dans ces diagnostics difficiles un petit signe indiqué précédemment, l'évolution de température, le dernier jour des règles.

Enfin la notion de crises dans l'évolution d'une affection annexielle est également importante en faveur de la tuberculose. Ricard et Comte, (1) à l'avis desquels nous souscrivons. écrivent « On peut dire que la tuberculose annexielle est une affection chronique parfois même latente, généralement coupée de poussées de pelvi-péritonites aigües ». Malheureusement elles n'ont plus ces poussées, n'existent pas toujours dans la tuberculose annexielle et d'autre part on les retrouve dans d'autres affections, en particulier dans les salpingites aigües banales ; il est à noter cependant qu'alors elles sont plus influencées par le repos et la glace, que lorsque la tuberculose est en cause.

Enfin, autre signe à retenir sur lequel les auteurs insistent peu et qui permit, plusieurs fois, au Dr Douay de faire le diagnostic, c'est le peu d'influence sur la fièvre et l'état général de la Colpotomie ; qui influence si bien et si vite les collections aigües banales. Dans tous les cas (6) où la Colpotomie fut faite alors que la tuberculose n'était pas mise en cause, la continuation, des oscillations fébriles, du mauvais état général, per-

(1) Op. cit.

mit de soupçonner très fortement la tuberculose. Il est juste de reconnaître que dans 2 cas ce diagnostic posé après colpotomie fut reconnu faux.

Le diagnostic des formes aigües est encore plus difficile ; nous renvoyons pour plus de détail à la thèse de Dehau. Dans deux de nos cas sur trois il ne fut fait qu'après la Colpotomie, dans le troisième il ne fut pas fait et l'on diagnostiqua salpingite aiguë ou kyste suppuré. Cependant nous voyons que dans nos deux cas l'affection a commencé à être étiquetée grippe ou fièvre typhoïde ; or, d'autre part, dans son cours, le Dr Douay dit être intervenu plusieurs fois pour rectifier sait d'une tuberculose annexielle avec granule péritosait d'une tuberculose annexielle avec granulée péritonéale et intestinale.

Le Docteur Douay insiste pour rectifier le dignostic sur « l'irrégularité de la courbe thermique, l'importance des sueurs, le séro-diagnostic et l'hémoculture négatifs ». Nous voulons ajouter à ce tableau que pour la malade atteinte de salpingite aiguë, qu'il nous a été donné d'interroger et chez laquelle le diagnostic de fièvre typhoïde avait été enivsagé, elle n'eut à aucun moment la moindre douleur spontanée, alors que les suppurations annexielles étaient considérables. Mais ce n'est là, évidemment, qu'un cas.

Diagnostic opératoire

Dans le service, ce diagnostic fut très souvent fait, 51 fois, 67 %. Par contre, nous l'avons trouvé posé à tort 12 fois.

L'état du péritoine, adhérences, granulations, ascite libre ou en kystée sont de précieux éléments ; dans de

nombreux cas, ce sont eux qui permirent à l'opération de poser ou de confirmer le diagnostic. Répétons que la constation d'aucun d'entre eux ne peut donner un élément de certitude.

Lenormand et Monlouguet rappellent que les granulations miliaires du péritoine ne sont pas spécifiques. Dans 3 cas ce furent elles qui firent poser à faux le diagnostic ; dans deux autres cas, ce fut la coexistence des tubercules intestinaux (confirmés par le laborat.).

Ce qui frappa souvent l'opérateur, c'est l'aspect décoloré, blanchâtre, des lésions annexielles, c'est l'abondance des adhérences avec petites poches de péritonite séreuse. On remarquera aussi les sinuosités, les bosselures et particulièrement les nodosités isthmiques; puis, par des coupes, il tâchera de découvrir les points caséeux annexes ; l'aspect spécial, malheureusement très rarement observé, de la muqueuse utérine tuberculeuse, fougeuse, épaisse, anémiée.

Dans bien des cas, grâce à ces points, l'on pût, dans le service, porter un diagnostic juste. Dans quatre de nos observations, c'est seulement un petit point caséeux qui décida de l'envoi au laboratoire, où la tuberculose fut reconnue. Dans un de ces cas, la laparotomie fut faite pour un volumineux fibrome trilobé (Obs IX). Selon la louable habitude du service, la coupe soigneuse des trompes fut quand même faite et, sur la demande du Docteur Faure, on envoya au laboratoire « pour voir ce que c'était », une des trompes qui présentait une petite masse caséeuse jaunâtre, rappelant un kyste dermoïde. Or, la tuberculose fut reconnue.

On conçoit comment de pareils faits renouvelés augmentent les statistiques.

La présence du caséum n'est pas elle-même un indice absolument sûr ; dans trois cas, dans le service, elle fit faire une faux diagnostic. Une fois, notamment, il s'agissait d'un pseudo-xanthôme de l'ovaire, belle observation publiée par les docteurs H. Bulliard et E. Douay (1).

Enfin, pour montrer à quel point le diagnostic opératoire, reste difficile, même pour des yeux qui savent voir, détachons d'un compte-rendu opératoire, cette phrase du Docteur Douay : « Quelques petites granulations tuberculeuses sur le péritoine utérin, les trompes, de chaque côté, sont sinueuses, volumineuses et présentent les lésions typiques de tuberculose. Or, à l'examen anatomo-pathologique, on ne put révéler les lésions de la tubercluose. Nous verrons, d'ailleurs, empressons-nous de le dire, que le laboratoire est loin d'être un critérium certain.

Enfin, rappelons pour finir que la salpingite tuberculeuse nodulaire isthmique peut prêter à confusion.

Dans un cas où le diagnostic de tuberculose fut porté à l'opération, il s'agissait d'un fibro-adénome sous-muqueux de la trompe. Pour plus de détails nous renvoyons au travail de Balès et Coulluri (2).

Diagnostic au Laboratoire

Monsieur le Professeur Champy que nous avons consulté a bien voulu nous préciser les quelques points suivants.

---

(1) H. Buillard et E. Douay. Douay. Pseudo. Xanthôme des deux ovaires simulant la Tuberculose. in Bull. de l'Ass. tr. p. l'ét. du Cancer. Tome XIV. N° 5 Mai 1925.

(2) Babès et Coulluri. Etude sur la nature de la Salpingite nodulaire. La Gynécologie. Juin 1923. page 340.

1° En règle générale la constatation dans les coupes des lésions appartenant à peu près exclusivement à la tuberculose : cellules géantes plus ou moins typiques, follicules, suffit. Sans doute, elles ne sont pas d'une absolue spécificité, mais les autres lésions qui peuvent les donner sont extrêmement rares dans les trompes, et il n'y a pas lieu de suivre les auteurs qui ne pensent devoir accorder l'épithète de tuberculeuses qu'aux annexes dans lesquels le bacille a été reconnu.

2° Le pourcentage des Salpingites tuberculeuses est certainement plus grand en réalité que celui donné par le laboratoire. En effet, les lésions aigües associées ; gono-strepto-coli sont fréquentes. Très souvent elles englobent et défigurent des lésions primitivement tuberculeuses. Dans certains cas c'est après de très nombreuses recherches qu'on a réussi à trouver quelques cellules géantes au milieu des lésions d'annexite aigüe banale. Il doit exister des cas où les lésions tuberculeuses ne peuvent plus être reconnues. On ne peut mettre parfois en évidence dans les coupes de Salpingites cliniquement tuberculeuses que des lésions révélant un caractère d'infection chronique non spécifique, alors que très probablement la tuberculose est en cause, mais ne présente pas ses lésions typiques.

Diagnostic par les recherches de Laboratoire

La réaction de Bordet Gengou appliquée à la Tuberculose, grâce à l'antigène de Besredka a été expérimentée à l'hôpital Broca pendant ces dernières années. Une thèse est en préparation sur ce sujet.

Nous nous contentons de dire ici que cette réaction est très sensible, il suffit que des bacilles tuberculeux aient pénètré dans l'organisme pour y provoquer l'anticorps tuberculeux. Lorsqu'elle est positive, cela ne veut pas dire à coup sûr que la Salpingite observée est tuberculeuse ; mais c'est un signe en plus en faveur de la tuberculose des lésions observées dans la sphère génitale.

Si la réaction est négative, cela veut dire presque surement que la Salpingite observée n'estpas tuberculeuse.

TRAITEMENT

Nous n'envisagerons évidemment que le traitement chirurgical, le seul qui ait été employé à l'hôpital Broca.

Le traitement radical, hystérectomie subtotale et ablation bilatérale des annexes a presque toujours été employé — sauf trois fois — Nous avons vu que dans cinq cas cependant les lésions paraissaient unilatérales, Contrairement à certaines tendances actuelles délibérement conservatrices, nous estimons avec le Dr Douay que les lésions apparaissant unilotérales sont, l'expérience l'a prouvé, presque toujours bilatérales en réalité ; rappelons qu'une de nos malades (Obs. XX) avait déjà subi antérieurement une opération unilatérale qui en exigea une autre dans le service du Professeur Faure. Nous souscrivons par ailleurs à l'opinion de Vanvers qui (1) laisse un ovaire lorsque celui-ci est seulement recouvert d'un péritoine avec granulations. En effet on n'enlèvera pas quoiqu'on fasse toutes les granulations péritonéales. Faisons remarquer cependant que là gît précisément la difficulté, car il est très difficile de dire même de visu si un de ces ovaires ne ren-

(1) In th. Eloy. op. cit.

ferme pas dans son intérieur un petit point de caséeum qui se développant nécessitera une seconde opération.

J'aisons encore remarquer avec le Docteur Douay que d'ailleurs il n'est pas indispensable dans ces cas de chercher à tout prix à conserver une sécrétion interne ovarienne. La castration ovarienne produit des troubles inverses de la tuberculose, c'est-à-dire l'embonpoint, l'adiposité, les phénomènes congestifs, la diminution des désirs sexuels (1). Une autre raison peut être donnée en faveur de l'opération radicale. La maternité n'est pas à souhaiter pour ces femmes atteintes de tuberculose génitale autant pour elle que pour le produit de leur conception.

L'hystérectomie abdominale fut employée presque toujours (70 fois) l'hystérectomie vaginale (3 fois).

La Colpotomie fut faite 6 fois dans les cas où le diagnostic n'était pas posé. Eviter cette opération préalable, qui dans les annexites tuberculeuses donne des suites, nous le verrons, mauvaises, est une des raisons importantes de s'efforcer de faire le diagnostic.

On devra s'efforcer de ne pas faire de drainage ; malheureusement la fréquence des formes avec pelvi-péritonite que nous avons observées y a contraint souvent. Dans 22 cas, le drainage à la Mickulicz fut fait, 6 fois on se contenta d'un drain abdominal, du suintement se produisant après péritonisation. Sept fois l'on draina par la voie vaginale, dont trois fois par un orifice de Colpotomie, 4 fois à travers le col.

Dans tous les autres cas une péritonisation soigneuse permit heureusement de se passer de drainage.

---

(1) Cours sup. de perfectionnement. op. cit.

Suites opératoires - Pronostic

Le séjour à l'hôpital dans les 61 cas où nous avons pu le relever fut :

de moins de 30 jours dans 32 cas 53 %,

de 30 à 50 jours dans 17 cas 27 %,

de plus de 50 jours dans 12 cas 20 %.

Ces chiffres sont à peu de chose près ceux de Greenberg, pour lequel 60 % des malades restèrent à l'hôpital moins d'un mois et 90 % étaient sorties avant la fin du deuxième mois.

Sur nos 76 cas opérés, nous avons relevé 24 cas soit 31 %, près d'un tiers présentant quelques complications de quelque nature quelles soient, alors que,nous étant donné la peine de relever, dans les cahiers du service les Salpingites banales, nous ne relevons parmi elles que 10,8 % des compliquées, peu ou beaucoup.

Les principales complications furent les fistules. Nous relevons 6 fistules abdominales dont deux stercorales nécessitèrent une deuxième, et pour l'une des deux (Obs. XXXVII) une troisième opération ; 5 fistules vaginales dont 4 stercorales succèdérent à une colpotomie, toutes ces fistules se développèrent dans des cas drainés. Il en fut de même pour les cas de Greenberg.

Nous en avons relevé 4 cas de phlébite post. opératoire ; sans suite graves d'ailleurs. Cette proportion est à relever et semblerait confirmer l'opinion de Westonhoffer (1) pour lequel la phlébite pourrait-être la conséquence directe d'une infection bacillaire.

Nous n'avons relevé qu'un cas net de tuberculose pulmonaire post-opératoire pour une malade, toussant d'ailleurs avant l'opération. Dans deux autres cas il y eut des poussées de bronchite.

Enfin par les autres complications banales nous relevons un cas de cicatrice chéloïdienne, quelques hématomes et suppurations de la paroi ; de la dysurie post-opératoire et dans un seul nous trouvons quelques bouffées de chaleur, quelques vertiges et maux de tête qui furent interprétés comme symptômes d'insuffisance ovarienne. Ce fait, est très intéressant à signaler, il montre avec quelle facilité ces malades imprégnées par la tuberculose, supportent favorablement la castration ovarienne.

Mortalité. — Il y eut à la suite de nos 76 opérations, 7morts à l'hôpital, ce qui donne la proportion malheureusement importante de 9,2 %, alors que la même proportion pour les Salpingites banales ne fut que de 3,7 %. Ces chiffres montrent la gravité particulière de la tuberculose annexielle. Greenberg a un pourcentage presque semblable 7,6 %. Presque toutes nos malades meurent en hypothermie. Pour une, il s'agissait d'une tuberculose aiguë ; deux autres (Obs. XVIII et XXIX) avaient des antécédents syphilitiques indubitables ; pour une autre il s'agissait d'un gros pyosalpinx tuberculeux avec association colibacillaire (Obs. XVII) pour les 3 autres cas on relève une colpotomie antérieure, la dernière (Obs. XXVIII) était une pelvi-péritonite.

Parmi les malades revues, la plupart étaient très bien portantes depuis leur opération, ayant grossi considérablement, sans obésité d'ailleurs. Pour deux, on releva encore un peu d'induration des culs-de-sacs, parmi ces dernières, une n'avait subi qu'une opération unilatérale.

---

(1) in Feuillade op. cit.

OBSERVATIONS

Nous avons mis en tête le détail caractéristique de chaque observation)

OBSERVATION I

Annexite tuberculeuse avec pelvi-péritonite

Mme L..., 26 ans, entrée le 1er Mars pour dysménorrhée.

Aucun antécédent à signaler. Pas d'enfants. Fièvre irrégulière : des journées entières à 37°, légères poussées à 37°4 le matin ; 38 le soir, en dehors de la période des règles qui sont normales.

Examen : Ventre souple. Col utérin un peu gros. On ne sent pas le fond. Légère induration des culs-de-sacs à gauche. Masses salpingiennes des deux côtés.

Diagnostic clinique : Salpingite double.

Opération le 30 avril 1920 (Alary).

Laparatomie.

On constate que la vessie remonte au-dessus des organes génitaux internes et adhère lâchement à l'intestin, plus intimement au bloc utéro-annexiel. Il faut libérer ces adhérences pour mettre la Valve-Granulations sur la vessie et l'intestin.

Le fond de de l'utérus est recouvert par la trompe gauche suppurée. Cette dernière adhère intimement par son pavillon aux anses grêles.

Utérus enlevé par procédé Kelly.

On découvre les annexes droites dans un magma caséeux, adhérent au grêle et au rectum.

Rupture d'un kyste séreux prolabé dans le Douglas.

Des fongosités tapissent les parois intestinales, mais elles sont si adhérentes qu'on les respecte.

Ether.

Mickulicz.

Fermeture partielle de la paroi en un plan aux crins.

L'examen de la pièce montre des lésions prédominantes au niveau des trompes dures et bosselées. Il s'agit vraisemblablement de tuberculose.

Exemen anatomo-pathologique : Tuberculose tubaire. Nombreuses cellules géantes.

Sortie le 30 avril 1921.

Revue le 8 juillet 1921. Très bon état.

Cicatrice un peu chéloïdienne.

OBSERVATION II

Salpingite tuberculeuse droite succédant à ascite

Mme Vve Th..., 33 ans, entre parce qu'elle souffre du ventre.

A été opérée il y a huit ans pour péritonite ascitique tuberculeuse. Laparotomie. Héliothérapie.

N'a jamais été enceinte. Règles normales. Température irrégulière 37°5-38°.

Examen : Ventre souple, sans ascite appréciable. Au toucher on sent une grosse masse annexielle droite.

Diagnostic clinique : Salpingite droite tuberculeuse.

Opération : 25 mars 1920 (Douay).

A l'ouverture les anses grêles apparaissent fusionnées au cœcum et l'ensemble est lui-même intimement uni au fond de l'utérus et aux annexes droites.

Les annexes gauches semblent saines.

Le cœcum et les anses grêles sont dégagées en bloc, sans effraction intestinale.

La trompe droite est légèrement ouverte et il vient un peu de pus.

On constate sur le grêle à gauche deux tubercules de la grosseur d'un petit pois

Subtotale par procédé Kelly — Mickulicz.

Drain et mèche dans le vagin.

Les jours suivants température irrégulière de 39° à 38° pendant 11 jours.

Sortie le 28e jour. Très bien.

Labo : Salpingite droite tuberculeuse.

Revue le 11 août 1920 en très bonne santé, mais il persiste une petite fistule abdominale qui suppure un peu.

Le 13 janvier 1921. Fistule guérie depuis un mois.

Bonne cicatrice actuellement, tendance à légère éventration. Par le toucher vaginal on sent de petites masses à droite.

OBSERVATION III

Salpingo-ovarite double tuberculeuse

Mme P..., 23 ans, entre le 1er avril 1920, pour douleurs dans le bas-ventre.

A fait une fausse-couche en Juin 1919, à la suite de laquelle elle s'est sentie fatiguée. Depuis 3 mois, douleurs dans le ventre venant subitement par crises.

Ses règles peu abondantes jusqu'alors se sont arrêtées pendant deux mois et la malade s'est crue enceinte.

Le 18 Mars, elle a eu une brusque crise douloureuse avec reprise de l'écoulement.

Examen le 2 avril : Par le toucher vaginal, on sent de grosses masses à gauch. Sensibilité du cul-de-sac droit.

Le 18 avril, l'annexe droite à grossi.

Opération : 20 avril 1920. (Profr Faure).

Annexite double très adhérente au rectum.

Hémisection d 'utérus Subtotal.

Drainage vaginal à travers le col.

Péritonisation difficile.

Suites légèrement fébriles.

Sortie le 30e jour en bon état.

Diagnostic anatomo-pathologique : Tuberculose double de l'ovaire et de la trompe.

OBERVATION IV

Nephrectomie antérieure pour tuberculose rénale

Mme G..., 33 ans, opération 20 septembre 1920, par le Dr Douay.

Epiploon et péritoine farci de granulations tuberculeuses. Grêle et Sigmoïde adhèrent entièrement à la vessie. Décollement et résection de l'épiploon. On tombe dans un magma tuberculeux ; on trouve une cavité avec liquide grumeleux : C'est la cavité vésicale. La paroi vésicale est infiltrée et on n'essaie même pas de suturer.

Drain à ailettes dans la vessie et mèche pour faire le barrage du péritoine ; Sonde à demeure.

Suites relativement bonnes. Les urines s'écoulent par la sonde, le drain vésical ne fonctionne que comme voie de décharge lorsque la sonde se bouche. Lavage quotidien.

Ablation au siphon. Fermeture de la plaie abdominale. Sortie le 45e jour.

OBSERVATION V

Colpotomie. — Résection intestinale. — Phlébites

Mme Fl..., entrée pour douleurs dans le bas-ventre, 37°8. Utérus fixé en rétroversion. Masses annexielles et péri-annexielles bombant dans le Douglas.

Diagnostic clinique : Salpingite double. Colpotomie le 6 janvier 1920. La température reste oscillante sans dépasser 38°. Dilatation et lavage de la fistule vaginale de la Colpotomie puis hystérectomie, le 6 oct. 1920. (Faure-Xoudis).

Phlébite au 15e jour. Labo : Tub. Salpingienne.

Revue le 17 mars 1921. A eu des glaires et du pus par le rectum.

OBSERVATION VI

Tuberculose intestinale concomitante

Mme B..., 29 ans, entre pour douleurs et troubles dysménorrhée depuis 2 ans.

Ventre non contracté, mais avec gateaux péritonéaux.

Grosse masse à gauche noueuse dure au toucher vaginal.

Diagnostic clinique : Salpingite tuberculeuse avec péritonite tuberculeuse.

Opération le 16 octobre 1920 (Faure-Morisson).

Adhérences de l'épiplon infiltré à la paroi abdominale et à la vessie. Agglutination des anses grêles au niveau de l'ute-

rus et spécialement à gauche. A ce niveau une anse grêle est infiltrée par des noyaux tuberculeux qui ont envahi la paroi intestinale et dont quelques-uns sont ramollis. Dissection très difficile. On se trouve finalement en présence d'une anse avec 6 perforations disséminées sur 15 cm. Résection et suture termino-terminale. Le fond de l'utérus est repéré au milieu des masses annexielles. Hémisection. Ablation assez facile par ce procédé des masses annexielles très adhérentes. Mickulicz.

Suites très bonnes. Pouls rapide pendant 3 jours. La température n'a pas dépassé 38°. Un peu de matière fécale le 4e jour. On enlève le drain. Ablation du Mick, le 7e jour.

Sort 1 mois après ; petite fistule intestinale intermittente. Etat général très bon. Revue le 2 novembre 1921, très bon état. En février 1923 très bon état général. Petite fistule sans matières ; Quelques gaz. Mauvaise cicatrice.

Labo : Annexite tuberculeuse.

OBSERVATION VII

Abcès froid tubaire. Péritonite tuberculeuse généralisée

Mme B..., 28 ans. Opération le 6 Mars 1920 pour tuberculose annexielle bilatérale (Haller-Brance).

Laporotomie. Péritonite tuberculeuse généralisée. Anses enduites d'un exsudat adhérent qui les colle les unes aux autres. Granulations innombrables. Péritoine très épaissi. Un litre d'ascite.

Abcès froid tubaire plus marqué à droite avec pus caséeux qui sort du pavillon. Impossible péritoniser. Mick. Suites bonnes.

OBSERVATION VIII

Abcès froid tubaire double. Phlébite

Mme Th..., 30 ans, diagnostic clinique : Salpingite double-utérus en rétroversion. Pas de fièvre.

Laparotomie le 22 août 1921 (Haller).

A l'ouverture du péritoine semis de granulations tuberculeuses sur le péritoine pelvien et l'S iliaque, le cœcum et l'appendice.

Appendicectomie. Hystérectomie subtotale ; pas d'hémisection. Les deux trompes présentent un gros abcès froid tubaire. Adhérence surtout à gauche où la trompe est énorme, bosselée, avec pus tuberculeux très abondant à son intérieur, tient au mésocolon pelvien.

Labo : Tuberculose annexielle bilatérale.

Pas de drainage.

Après l'opération, température longtemps oscillante. Phlébite au 12e jour, sortie le 48e jour.

OBSERVATION IX

Gros fibrome avec tuberculose caséeuse salpingienne

Mme G..., 34 ans, vient parce que son ventre a grossi beau-Règles 5 à 5 jours régulières.

A l'examen : Gros fibrome trilobé abdomino-pelvien.

Laparotomie le 12 novembre (Faure-Obertin)

Fibrome tribolé. Il y avait dans une trompe une masse caséeuse jaunâtre qui rappelait un kyste dermoïde. Sur la demande du Professeur Faure on l'envoie au laboratoire

Réponse : Tuberculose tubaire à évolution lente.

Suites légèrement fébriles. Sortie le 25e jour.

OBSERVATION X

Tuberculose salpingienne droite. Crise d'appendicite antérieure

Mme Ch..., entre pour douleurs à droite.

Aurait eu une crise qualifiée crise d'appendicite en février.

Diagnostic clinique : Salpingite droite.

Laparotomie 2 mars 1922. Ablation des annexes droites. La trompe droite est augmentée de volume, pus, et un point de concrétion ressemblant à du caséum. Trompe gauche paraissant saine.

Laboratoire : Tuberculose Salpingienne.

Sortie le 21e jour. Revue le 21 novembre 1922. Suites excellentes. Etat général parfait.

OBSERVATION XI

Volumineuse salpingite tuberculeuse avec kyste de péritonite séreuse

M. C..., 20 ans, Diagnostic clinique : Volumineuse Salpingite docble ; l'allure traînante, l'absenced'amélioration par le repos, l'état général de la malade font penser à la nature tuberculeuse possible de l'affection.

Laparotomie 3 janvier 1922, Salpingite droite avec kyste de péritonite séreuse. Ablation très difficile de la masse gauche qui laisse écouler un pus bien lié sans odeur, genre abcès froid.

Examen de l'intestin : Grosses franges épiploïques enflammées. Enfouissement d'un point du grêle au niveau d'adhérence.

Péritonisation : Un gros drain. Labo : Salp. et épiploïte tuberculeuses. Suites très favorables. Sortie le 20 janvier.

OBSERVATION XII

Tuberculose annexielle aigüe. Mort

Mme C..., 23 ans, entre pour fatigue et pesanteur dans le bas-ventre, le 21 mars 1921.

Début en Mars 1921, assez rapide, analogue à grippe ou fièvre typhoïde. Température à très grande oscillation, 37° le matin, 39° le soir malgré repos au lit et glace. On pense à la nature bacillaire possible de l'affection.

Colpotomie le 30 avril 1921. Ecoulement des matières fécales, puis de pus.

Les jours suivants la température se maintient à 38°5 et à 39°. La veille de la deuxième opération : 36°8 le matin, 38°6 le soir.

La deuxième intervention est faite le 10 Mai 1921 avec le diagnostic de Salpingite bacillaire. (Faure-Moulonguet).

Hémisection. Ablation des deux annexes.

Réparation d'une petite déchirure de l'S iliaque et d'une brêche vésicale (n'intéressant que la tunique musculaire).

Une plaie basse du rectum datant de la Colpotomie ne peut être aveuglée. Mickulicz.

Drainage vaginal.

La température tombe, mais l'état général devient très mauvais. Mort.

OBSERVATION XIII

Salpingite double tuberculeuse aigüe opérée en période aigüe

Mme L..., 24 ans, entré le 27 mars 1922. Peu de douleurs, grosses masses annexielles bilatérales. La température oscille entre 38°6 et 39°5. Le pouls est en rapport.

Diagnostic clinique : Salpingite aigüe ou kyste suppuré.

A l'ouverture, on trouve le bassin complètement masqué par une masse énorme d'adhérences dans laquelle on a beaucoup de mal à reconnaître le fond de l'utérus. Kelly. Mickulicz.

Pièce : Salpingite bilatérale. Poche de pus volumineuse à droite et à gauche. En certains points, les parois de ces poches présentent un caractère fongueux. Tuberculose probable.

Labo : Tuberculose annexielle. Suites bonnes. Sortie au 38e jour.

OBSERVATION XIV

Colpotomie ancienne

Mme V..., 36 ans, entre le 10 février 1922, parce qu'elle continue à souffrir du ventre. A déjà eu des abcès annexiels traités par une colpotomie.

Laparotomie : Kelly Appendicectomie. A signaler l'aspect rugueux et épaissi du péritoine sur les anses et l'utérus faisant songer à une tuberculose annexielle, sans cependant que l'on constate de tubercules nets. Drain et mèche dans le Douglas et le vagin par réouverture de l'ancien orifice de Colpotomie. Péritonisation.

Pièce : Une trompe très volumineuse (abcès) qui à la coupe laisse voir une paroi tomenteuse peut-être de nature bacillaires.

Suites : Hématome pariétal et sous-péritonéal.

Labo - Tuberculose Salpingienne.

OBSERVATION XV

Ascite antérieure. Kyste de l'ovaire concomitant

Mme T..., 43 ans, souffre du ventre, a eu antérieurement une péritonite tuberculeuse ascitique.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire droit adhérent, gros col de métrite.

Laparotomie le 9 mai 1922, aspect normal du péritoine, sauf un tubercule intestinal. Kyste de l'ovaire. droit hématique, de la grosseur d'une orange, recouvert de la trompe dilatée en un hydrosalpinx de mêmes dimensions contenant un liquide citrin.

Kelly : Péritonisation sans drainage.

Labo : Hydrosalpinx tuberculeux.

Sortie le 45e jour.

OBSERVATION XVI

Abcès froid unilateral. Fistule abdominale persistante

Mme R..., 26 ans.

Laparotomie le 13 Mai. Excision des annexes droites, la trompe droite se rompt et laisse échapper un jus fluide. Très grande friabilité des tissus. Sur l'intestin, deux grandes zones cruentées.

On essaie de suturer l'une d'elle, mais suture difficile parce que tissus trop friables.

Pièce : Les lésions sont d'aspect tuberculeux.

Suites excellentes. Mick enlevé au 9e jour.

Il persiste une fistule qui nécessite une deuxième puis une troisième opération.

Malade revue le 23 avril 1923. Petite fistule de la paroi abdominale, très petite.

OBSERVATION XVII

Pyosalpinx tuberculeux avec association colibacillaire

Mme G..., 20 ans, entre le 2 mai 1922. Mariée depuis octobre 1921, jamais enceinte, pertes blanches. Début de douleurs en janvier 1922. Au toucher, masses volumineuses, fluctuantes, douloureuses, bombant dans le cul-de-sac droit.

Le 9 mai, colpotomie du cul-de-sac postérieur. Ecoulement d'une grande quantité de pus fluide, fétide.

La température persiste avec grandes oscillations

Laparomie le 14 juin 1922. On découvre une masse globuleuse du volume d'une orange qu'on enlève, issue de pus fétide dans l'abdomen et le vagin. L'Utérus et les annexes gauches enfouies sous des adhérences, mais ne paraissant pas augmentées de volume sont laissées en place. Drainage par deux compresses abdominales.

Pièce : Labo : Tuberculose.

En présence de la persistance d'une température à 39° avec pelvi-péritonite gauche, hytérectomie vaginale le 12 août 1922 ; opération difficile, utérus fixé ; l'annexe gauche ne peut être enlevée, mais après ablation de l'utérus, issue de pus. Une mêche vaginale.

Sortie le 12 août.

Revue le 15 janvier 1923 pour un trajet fistuleux abdominal. Mauvais état général.

B. K. dans les crachats. Cachexie. Placement par Broussais.

OBSERVATION XVIII

Syphilis antérieure. — Mort

Mme B..., 29 ans, entre le 31 juillet 1922. Plaques muqueuses en juillet 1913. B.W, positif, Mttrite en 1913. Enfant à terme en 1914, mais qui meurt à 18 mois.

En juillet 1919, commence à maigrir.

B. W. négatif. En juillet 1920, nouveau B. W. négatif. La malade a encore maigri.

Un enfant de 5 ans. Une fausse-couche il y a deux ans.

Souffre depuis 6 mois dans le bas-ventre avec perte blanches très abondantes et ménorragies profuses. Est au repos en médecine depuis 2 mois. Utérus gros, irrégulier, fixé du côté gauche qui est mal limité, très douloureux au toucher.

Diagnostic clinique : Salpingite double.

Laparotomie le 8 août 1922.

Gros utérus, adhérences masquant les annexes augmentées de volume des deux côtés.

Hémisection. Le rectum adhérent à l'utérus est légèrement ouvert. Suture en deux plans. Mickulicz.

Suites très graves. Le lendemain 40° avec 140 au pouls. Ablation du Mick. le 6e jour.

Amélioration. puis reprise de la fiévre.

Décédée en hyperthermie (41°3) le 12e jour.

Diagnostic lab. : Trompes tuberculeuses.

OBSERVATION XIX

Aménorrhée prolongée. — Phlébite. — Fistules.

Mme P..., 19 ans, entre le 5 octobre 1912.

Mariée depuis janvier 1922. Règles absentes depuis cette époque. Pertes rouges en septembre. Peu de douleurs. Grosses masses annexielles bilatérales.

Diagnostic clinique : Salpingite tuberculeuse probable.

Laparotomie le 14 octobre 1922. Le petit bassin est rempli par une masse dure, englobant le fond de l'utérus, la trompe gauche qui est volumineuse. Kelly. Déchirure du colon sigmoïde qui est autorisé, non suturé.

Diagnostic labo : Tuberculose annexielle.

Suites graves. Pouls 140 : 39°8.

Ablation Mick. le 9e jour. La température oscille jusqu'au 19e jour.

2e opération le 6 décembre 1922 pour fermeture de l'anus médian, malgré laquelle une petite fistule persiste à la sortie, le 90e jour. La température est encore à 37°7 le matin, 37°5 le soir.

OBSERVATION XX

Salpingectomie antérieure pour tuberculose.

Mme R..., 22 ans, entrée le 25 novembre 1922.

Diagnostic clinique : Annexite droite et appendicite.

Amaigrissement.

Laparotomie le 227 novembre 1922 (Douay-Bonnet).

Libération d'une petite adhérence au niveau de l'ancienne résection annexielle. Ablation de l'annexe droite (Kelly).

Examen labo. : Tuberculose tubaire discrète.

Suites bonnes. Phén. nerveux le 9e jour interprétés comme manifestation d'insuffisance ovarienne.

Sortie le 19e jour.

OBSERVATION XXI

Colpotomie. — Fistule

Mme R..., 29 ans, entrée pour métrorragies. Depuis deux mois très grosses masses annexielles, température 37°8 oscillante.

Le 11 septembre 1922. Colpotomie, issue d'cne grande quantité de pus, mais la température reste oscillante.

Deuxième opération le 21 septembre. Hystérectomie vaginale.

Pièces envoyées au laboratoire : Tuberculose annexielle.

Suites : Fistules rectovaginales.

Troisième opération le 2 décembre. Laparotomie.

L'abdomen est rempli d'adhérences, et le péritoine parsemé de granulations tuberculeuses.

Résection de l'intestin dans la partie inférieure de l'abdomen. Au cours de cette dissection la vêssie est ouverte. Suture Mickulicz.

Suite : Fièvre avec oscillations. Suppuration de la paroi, fistules stercorales vaginales et abdominales. S'est améliorée peu à peu. Sortie de 2 mai 1923.

Revue en novembre 1923. Bon état général, a augmenté de neuf livres, les fistules persistent. Le Professeur Faure conseille d'attendre.

En Janvier 1924, a grossi de 17 livres. La fistule abdominale qui s'était fermée s'est rouverte.

En mars 1924. Diathermie. Amélioration. A grossi en tout de 10 kilogs.

En février 1925. Très bien localement, mais induration des culs de sacs.

OBSERVATION XXII

Colpotomie. — Pyosalpin tuberculeux avec association colibacillaire

Melle F..., 17 ans ans, entrée le 12 décembre 1922.

Traité à la Pitié pour troubles annexiels.

Température 37°5, très grosses masses annexielles. Colpotomie aux ciseaux le jour même de son entrée. Issue d'une

grande quantité de pus. Amélioration pendant 4 jours, puis reprise des oscillations de la température.

Le 23 décembre, changement de drain. lavage eau iodée. Issue de pus après dilatation au doigt. Pas d'amélioration. On suppose la tuberculose.

Le 27 décembre : Hystérectomie vaginale. Issue d'un pus verdâtre et fétide. Un fragment d'annexe est envoyé au laboratoire quoique à l'examen les lésions ne ressemblent pas à la tuberculose. (Rép. tuberculose).

Suites peu favorables. Suppuration vaginale abondante avec oscillations.

Sortie le 46e jour avec encore 37°5.

OBSERVATION XXIII

Diagnostic d'hématocèle

Dernières règles le 28 novembre, crises douloureuses, quinze jours après, pertes rouges du 11 au 16 janvier. Température 37°2 le matin, 39° le soir. Masses à gauche.

On pense à une hématocèle, quoique le diagnostic de tuberculose salpingienne soit également envisagé, à cause de l'amaigrissement survenu depuis quelques temps.

Laparotomie le 23 janvier. Nombreuses adhérences épiploïques, avec kystes séreux que l'on rompt.

Masses annexielles bilatérales très adhérentes.

Hémisection de l'utérus. Suintement. Mickulicz.

Diagnostic labo. : Tuberculose.

Suités favorables, Mick. enlevé le 11e jour.

Sortie le 40e jour en bon état, mais sueurs nocturnes.

OBSERVATION XXIV

Aménorhée très prolongée. Kyste de l ovaire concomitant

Melle B..., 18 ans, entrée le 7 Févéier 1923.

Aménorrhée complète depuis l'âge de 13 ans.

Température 37°, 37°2. Tension 14, 8 1/2.

Diagnostic clinique : Salpingite surtout droite collée à l'utérus. Masse ronde préutérine : Est-ce le fond ? est-ce un kyste dermoïde ?

Laparotomie le 14 février 1923. Péritonite adhésive réunissant les anses intestinales et les rattachant à la paroi. Kyste de l'ovaire droit. Salpingite bilatérale. Kyste hématique de la trompe.

Utérus infantile. Annexite gauch dure. bosselée origine bacillaire probable. Labo : tuberculose.

OBSERVATION XXV

Aménorrhée prolongée. Tuberculeuse salpingienne à forme scléreuse

Labo : Tuberculose.

Mme V..., 38 ans, pas d'enfants, entrée le 30 avril 1923.

Aménorrhée depuis 12 ans, pas de fièvre. Utérus fixé en rétroversion, gros col entr'ouvert, irrégulière, pertes blanches, un peu de sang. Tuberculose ?

Examen des poumons aux rayons X. Emphysème et sclérose bronchiques. Ombres nettes.

Laparotomie le 14 mai 1923. Ovaire gauche scléreux, ecchymotique par places, présentant deux corps jaunes.

Petit utérus dur. Trompes indurées avec renflement moniliformes rappelant les nodules d'un déférent bacillaire. Appendice court, épais, pointu en masse, muqueuse tomenteuse.

Diagnostic labo. : Tuberculose salpingienne.

Revue le 20 septembre 1923. Métrite du moignon du col.

5 février 1925. Amaigrissement. Lésions pulmonaires bacillose ?

OBSERVATION XXVI

Pyosalpinx bilatéral avec fibrome

Mme G..., 30 ans, entrée le 4 juillet 1923 pour fibrome. Une Fausse couche. Règles pendant deux jours, température oscillante 38°, le dernier jour des règles monte à 39°5. Utérus fibromateux avec masses annexielles, peut-être tubercu-

Laparotomie le 13 octobre. Pyosalpinx bilatéral très volumineux et très adhérent. Gros utérus fibromateux.

Mick. et drain abdominal. Labo : Tuberculose tubaire.

Suites : Etat grave pendant 48 heures. Ablation Mick. le 10e jour. Amélioration rapide. En enlève le drain le 21e jour.

Sortie le 42e jour en très bon état général et local.

Revue le 30 avril 1924. Eventration à gauche avec kyste probablement de péritonite bacillaire.

7 mai 1924, deuxième intervention, quelques adhérences épiploïques. Rien d'anormal au niveau du pelvis.

Suites très bonnes.

OBSERVATION XXVII

Muqueuse utérine tuberculeuse

Mme S..., 25 ans. Pas d'anfants. Entrée le 8 octobre 1923. Température 37°2 - 37°9. Rétroversion très adhérente et Salpingite probable.

Laprotomie le 22 octobre. Kelly. On réserve l'ovaire droit qui paraît sain.

1 Drain.

Pièce : Salpingite double avec accolement des pavillons et lésions très marquées à gauche, probablement tuberculeuse.

Labo : Trompe et Muqueuse utérine tuberculeuse.

Suites bonnes.

Revue le 25 décembre. Bien. On sent l'ovaire droit un peu gros, très peu sensible.

OBSERVATION XXVIII

Pelvipéritonite tuberculeuse suppurée — Mort

Mme C. 32 ans, entrée le 24 octobre 1923.

Début brusque de l'affection par aménorrhée avec syndrome péritonéal. Constipation. Dysurie. Abattement avec fièvre modérée. 38° et bon facies.

Laparotomie le 3 novembre. Les anses grêles agglutinées sont libérées ce qui permet d'appercevoir le fond utérin entre lant une des anses. Hémisection.

Sub. totale : Les trompes sont notablemnt augmentées de volume. Tout le pus écoulé pendant l'opération provient d'abcès pelviens entre les anses intestinales adhérentes.

Mick. Drainages abdominal. Tuberculose presque certaine.

Pas d'examen de laboratoire.

Suites : D'abord favorables. Le Mick est enlevé le 9e jour. On serre les fils le 10e jour.

Le 18e jour le lavement passe par la plaie abdominale, remise d'un drain, fièvre continue avec oscillations. Suppuration et matières stercorales.

2e opération le 29 janvier-1924. Fistule de la face antérieure du Sigmoïde. Drainage de la région de la suture. Mick. Suite d'abord favorable, sans fièvre, mais malade, fatiguée. Ablation du Mick. le 6e jour, mais malade de plus en plus accablée.

Décédée le 15e jour.

OBSERVATION XXIX

Syphilis avec accidents. Mort

Mme L..., 23 ans. Syphilis avec accidents il y a deux ans. Règles très irrègulière. 4 jours à 38°5 suivis d'une période de 3 jours à 37°2. Grosses masses annexielles. Colpotomie des abcès en septembre.

Laparotomie le 6 novembre 1923. Salpingite bilatérale adhérente. En décollant l'intestin grêle, petit écaillement de la séreuse. Petit suintement sanguin. Mickulicz qu'on enlève le 6e jour.

Labo : Tuberculose salpingo-ovarienne.

Décédée en hyperthermie le 8e jour.

OBSERVATION XXX

Ascite

Mme M..., 27 ans, entrée le 14 janvier 1924, 2 enfants (8 et 5 ans). Début une année amaigrissement, sueurs nocturnes,

Examen : Ascite. Gros utérus fixé et annexite gauche (probablement bacillaire). La température oscille entre 37°5 et 38°5. Règles 2 jours.

Laparotomie le 5 février 1924. Poche ascitique entourée d'adhérences qui cachent complètement l'intestin et les annexes. Les trompes sont pleines de pus et très enflammées. Hémisection. Subtotale. Muckulicz. 1 drain.

Suites mouvementées. Fièvre élevée mais bon aspect. Le Mick est enlevé le 8e jour. Le drain le 14e jour. Héliothérapie le 27e jour.

Sortie le 60e jour incomplètement cicatrisée.

Labo : Tuberculose salpingienne et ovarienne.

OBSERVATION XXXI

Fausse Couche datant d'un mois

Mlle D..., 19 ans, entre le 12 février 1924 pour douleurs dans le bas-ventre survenues après une fausse-couche, il y a un mois. Au toucher, Salpingite droite à la corne utérine. Gros col de métrite. Végétations vulvaires (la recherche du gono dans le service a été négative.

Réexaminée quinze jours après, est bien comme état général, mais on sent à présent des masses annexielles également à gauche. Règles normales, durent 6 jours. Pas de fièvre.

Diagnostic clinique : Salpingite double.

Laparotomie le 18 mars 1924, le ventre ouvert, on tombe sur des amas de formations séreuses qui obstruent tout le petit bassin, à côté des trompes assez volumineuses.

Kelly. Péritonisation. 1 drain dans le Douglas.

Pièce : Double Salpingite tuberculeuse.

Suites très favorables. Sortie le 19e jour.

Revue le 21 mai. Très bien.

OBSERVATION XXXII

Dyasalpinx bilatéral très adhérent. Déchirure intestinale Mort.

Mme B..., Pas d'enfants, entrée le 19 mars 1924.

Antéversion très adhérente. Métrorragies. Fièvre irrégulière. Début il y a un an et demi. Crise il y a dix jours. Le 23, collection fluctuante au-dessus de l'utérus, bombant dans le cul-de-sac antérieur. Origine tuberculeuse probable.

Laparotomie le 29 avril 1924. Adhérences considérables,

L'iléon est déchiré et suturé et la tumeur ouverte à la paroi. Muckulicz au fond du petit bassin.

Diagnostic labo : Tuberculose.

Suites très agitées. Meurt en hypertermie, 42° le matin du 3e jour.

OBSERVATION XXXIII

Ascite antérieure

Mme T..., 29 ans, entrée le 15 décembre 1924. pour légères douleurs du ventre, a eu une crise initiale en Février. Opérée en 1918 pour péritonite ascitique. Héliothérapie.

Prsque pas de fièvre 37°2 - 37°5. Ventre légèrement ballonné. Lapar. le 23 décembre 1924. Grosse Salpingite gauche. Abcès froid de l'ovaire à droite. Lésions très adhérentes.

Labo : Tuberculose.

Kelly. 2 drains, 1 dans le Doublas, 1 dans la cavité prévésicale, très saignante.

Suite très favorables. Sortie le 25e jour pour Chantilly.

Revue le 5 mars 1925, a grossi de 3 kilogs. Au toucher encoun peu d'induration, à traiter par la diathermie.

Revue le 10 septembre 1925. Très bon état. A grossi de 5 kg.

OBSERVATION XXXIV

Diagnostic d'hématocèle

Mme H..., 23 ans, enrée le 18 avril 1925. Fausse-couche de 3 mois le 15 mars 1924. Dernières règles le 7 décembre 1924. Depuis pertes rouges très irrégulières. Gros col de métrite avec Salpingite. Température 37°5 - 38°.

L'hématocèle est très probable.

Laparotomie le 25 avril 1925. Salpingite bilatéral. Appendice gros congestionné. Kelly. grosses adhérences à droite. 2 drain. Mickulicz.

Laboratoire : Tuberculose tubaire.

Suites excellentes, sortie le 25e jour.

OBSERVATION XXXV

Tuberculose rénale. Mort

Mme C..., 26 ans, pas d'enfants, entre le 13 juin 1925. Douleurs très légères. Dysurie prononcée. Règles 2 jours. Température 37°5. Toucher Salpingite légère. Ventre ballonné.

Laparotomie le 8 juillet 1925. Tub. prritonéale avec semis de granulations prédominant de façon très nette dans la zone génitale.

Après l'intervention, n'a cessé de vomir, sans ballonnement du ventre, sans signes de sténose. Réintervention le 10. On trouve seulement un très gros rein droit. Pas de réaction péritonéale. Cystescopie sur la table d'opération. Cystite érythémateuse légère. Fermeture sans drainage.

Décédée le 19-7 Décédée le 19-7-25 en hyperthermie.

A l'autopsie, gros rein droit. Rein gauche complétement détruit par une tuberculose ancienne.

OBSERVATION XXXVI

Métrorragies très abondantes

Mme V..., 25ans, entre le 22 septembre 1925. Absolument aucun antécédent gonoccoccique ni puerpuéral a relever ni avant ni après son mariage.

Réglée à 12 ans. Vers l'âge de 20 ans, aménorrhée ayant duré 2 ans ; ensuite les règles reviennent. Ménorrhagies très abondantes, fréquentes (tous les 18 jours). Il y a un an nouvelle aménorrhée de 6 mois, puis métrorragies abondantes avec douleurs aigües survenant sous forme de crise. La coexistence des pertes rouges et d'un utérus un peu gros fait croire qu'un petit fibrome est en cause. La malade, très anémié et amaigrie subit une quinzaine de séances de Radiothérapie dans un autre service.

Aucune amélioration. La malade entrée le 22-9-25 à l'hôpital Broca, vue la continuation de ces pertes rouges. On décide la laparotomie en pensant à la tuberculose annexielle possible.

Laparotomie le 25-9-25. Très légère ascite. Péritoine appa-

remment normal. Ovaires très pâles. A gauche, aucune trace de follicules ni de corps jaunes, à droite kyste hématique de l'ovaire. Muqueuse utérine épaisse, très pâle, faisant songer à la tuberculose. Subtotale. Sans drainage.

Labo : Tuberculose possible, non certaine.

La malade revue depuis est transformée. A grossi de 8 kg très bien localement.

OBSERVATION XXXVII

Tuberculose annexielle aigüe

Mme N..., 43 ans, entrée le 28 février.

Rougeole à 8 ans. Réglée à 17 ans. A 18 ans traitée pour anémie. A eu à ce moment de l'albumine dans les urines avec jambes enflées.

Mariée à 22 ans. Bienréglée, tous les 27 jours.

Quelques jours après son mariage, urétrite avec douleurs vives à la miction. Pertes jaunâtres.

2 ans après, Fausse-Couche de 2 mois.

6 ans après Fausse-Couche de 2 mois 1/2. Il y a 4 ans, crise de rhumatisme ? Lumbago. Douleurs aux genoux. Règles absolument normales. Aucune dysménorrhée.

Le 2 février 1925, fièvre (38°) abattement profond. Ventre ballonné, sans aucune douleur. Est restée ainsi pendant trois semaines (diagnostic de grippe). Le 28 février n'a pu aller àla selle, ni les jours suivants. La température est montée à 38°, 38°7 puis 39° et 39°8 le soir. Aucune douleur, mais grandes faiblesses. Urines rares. Pouls rapide. Facies terreux.

Est transportée à l'hôpital le 28 Février, avec 40°2 de fièvre. Glace sur le ventre nuit et jour, La température s'abaisse légèrement. Diarrhée verte pendant quatre jours. Un empâtement est perceptible du côté gauche du ventre.

Un mois après(21 mars 1925). Colpotomie, la température baisse, mais reste à 37°8, 38°.

Deuxième opération, le 16 mai 1925. Laparotomie. Subtotale. Adhérence très fortes des annexes grosses avec un peu de pus, à l'intestin grêle. Mickulicz.

Pendant 12 jours suites graves. Le 13e jour, fistule de l'intestin grêle. Héliothérapie. Labo : Tuberculose.

Nouvelle opération le 12 septembre pour excision de la fistule, petit diverticule tuberculeux descendant dans le bassin ; paroi de la vessie et épiploon très épaissis. Fermeture. Un drain.

Suites très favorables. Ablation du drain.

Sortie avec encore une très légère fistule, mais transformée au point de vue état général.

CONCLUSIONS

1° La fréquence de la Salpingite-ovarite Tuberculeuse est considérable, 10 à 12 % des Salpingites.

cale 2° Il s'agit presque toujours d'une forme chirurgicale ou localisée de la tuberculose capable de guérir définitivement par une opération précoce.

3° Le diagnostic est difficile, il a pu être fait à l'hôpital Broca dans un quart des cas environ. En général ne poser que le diagnostic de tuberculose probable.

4° Cette présomption est suffisante pour conseiller l'opération sans tarder.

5° L'opération sera radicale dans la plupart des cas : ce sera l'hystérectomie avec ablation bilatérale des annexes sans conservation d'ovaire.

6° Les résultats obtenus, avec guérison complète et durable, justifient cette manière de faire.

Vu : *Le Doyen*,
CHARMEIL.

Bon à imprimer.
Le Président de la thèse,
VANVERTS.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie,
CHETELET.